

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE ENFERMERÍA

**Qué saben sobre el aborto inducido y que actitudes se
evidencian en los adolescentes I.E. Micaela Bastidas**

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Milagros Luciana Palomino Sahuiña

Lima-Perú

2009

**QUE SABEN SOBRE EL ABORTO INDUCIDO
Y QUE ACTITUDES SE EVIDENCIAN EN LOS
ADOLESCENTES I.E. MICAELA BASTIDAS**

Dedico el presente trabajo a mis padres y hermanos, que gracias a su apoyo incondicional permitieron que concluya la presente investigación y logre el título de Profesional de Enfermería.

Dedico el presente trabajo a la Mg. Amalia Loli Ponce, que inculcó en mi el espíritu de investigación y desarrollo del presente trabajo; y porque cada día despierta en mi nuevas habilidades.

Dedico el presente trabajo a Alain Flores y Luciana Palomino, que gracias a su apoyo emocional y constante estímulo permitió el desarrollo del presente trabajo.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
PRESENTACIÓN	1
 CAPITULO I	
A. Planteamiento del Problema	3
B. Formulación del Problema	7
C. Justificación	7
D. Objetivos	8
E. Propósito	9
F. Marco Teórico	
F.1 Antecedentes	9
F.2 Base Teórica	13
G. Hipótesis	50
H. Definición Operacional de Términos	50
 CAPITULO II	
A. Tipo, Nivel y Método	51
B. Área de Estudio	51
C. Población y Muestra	52
D. Técnica e Instrumentos de recolección de datos	52
E. Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de datos	53
F. Plan de Análisis e Interpretación de Datos	54

G. Consideraciones Éticas	54
CAPÍTULO III	
Resultados y Discusión	56
CAPITULO IV	
Conclusiones, Recomendaciones	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
BIBLIOGRAFIA	71
ANEXOS	73

INDICE DE ANEXOS

(A) Operacionalización de la variable	VII
(B) Cuestionario	IX
(C) Codificación de los datos (Cuestionario)	XVI
(D) Escala de Actitudes	XVII
(E) Codificación de los datos (Escala Lickert Modificada)	XX
(F) Validez de los Instrumentos (Cuestionario – Escala Lickert Modificada) Prueba Binomial: Juicio De Expertos.	XXI
(G) Prueba de Confiabilidad del Cuestionario (Kuder Richarson)	XXII
(H) Prueba de Confiabilidad de la Escala de Lickert Modificada Coeficiente de Alfa de Crombach (α).	XXIV
(I) Plan de Recolección de datos.	XXVI
(J) Categorización de la Variable Nivel de Conocimientos sobre el Aborto Inducido.	XXVII
(K) Categorización de la Variable Actitudes hacia el Aborto Inducido.	XXVIII
(L) Relación de Adolescentes según Edad Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT. Diciembre 2008.	XXIX
(M) Relación de Adolescentes según Sexo Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT. Diciembre 2008.	XXIX
(N) Definición de Aborto Inducido que tienen los adolescentes Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT. Diciembre 2008.	XXX
(O) Conocimientos sobre Tipos de Aborto Inducido que tienen los adolescentes Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT.	XXX

Diciembre 2008.

- (P)** Conocimientos sobre las causas para realizar un Aborto Inducido que tienen los adolescentes Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT Diciembre 2008. XXXI
- (Q)** Conocimientos sobre las consecuencias del aborto en la esfera física que tienen los adolescentes Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT Diciembre 2008. XXXII
- (R)** Conocimientos sobre las consecuencias del aborto en la esfera psicológica que tienen los adolescentes Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT Diciembre 2008. XXXII
- (S)** Conocimientos sobre la legalización del aborto en el Perú que tienen los adolescentes Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT Diciembre 2008. XXXIII
- (T)** Conocimientos sobre los métodos quirúrgicos para realizar un aborto que tienen los adolescentes Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT Diciembre 2008. XXXIII
- (U)** Conocimientos sobre los métodos químicos para realizar un aborto que tienen los adolescentes Institución Educativa V.MT Micaela Bastidas Diciembre 2008. XXXIV
- (V)** Conocimientos sobre la finalidad del aborto terapéutico que tienen los adolescentes Institución Educativa Micaela V.MT Bastidas Diciembre 2008. XXXV
- (W)** Conocimientos sobre la definición de ser humano que tienen los adolescentes Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT Diciembre 2008. XXXVI
- (X)** Conocimientos sobre el método de legrado uterino que tienen los adolescentes Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT Diciembre 2008. XXXVII
- (Y)** Conocimientos Sobre el método de Aspiración Manual

Endouterina que tienen los adolescentes	Institución Educativa	XXXVIII
Micaela Bastidas V.MT Diciembre 2008.		
(Z) Conocimientos sobre el método de irrigación salina que tienen los adolescentes	Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT	XXXIX
Diciembre 2008.		
(A1) Actitudes hacia la definición de ser humano desde la concepción según los adolescentes	Institución Educativa	XXXIX
Micaela Bastidas V.MT Diciembre 2008.		
(A2) Actitudes hacia la definición de ser humano desde la formación de células según los adolescentes	Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT	XL
Diciembre 2008.		
(A3) Actitudes hacia las consecuencias penales para la gestante que se realiza un aborto inducido según los adolescentes	Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT	XLI
Diciembre 2008.		
		XLI
(A4) Actitudes hacia el aborto inducido para la solución de problemas de la gestante según los adolescentes	Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT	XLI
Diciembre 2008.		
(A5) Actitudes hacia las mujeres que realizan un aborto inducido según los adolescentes	Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT	XLII
Diciembre 2008.		
(A6) Actitudes hacia el aborto inducido si se encuentra en peligro la vida de la madre según los adolescentes	Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT	XLII
Diciembre 2008.		
(A7) Actitudes hacia el aborto inducido para evitar niños no deseados según los adolescentes	Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT	XLIII
Diciembre 2008.		
(A8) Actitudes hacia las personas que toman decisiones por la gestante para realizar un aborto según los adolescentes	Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT	XLIII
Diciembre 2008.		

- (A9)** Actitudes hacia las gestantes que toman decisiones para realizar un aborto inducido Según Los Adolescentes Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT Diciembre 2008. XLIV
- (A10)** Actitudes hacia la penalización del aborto inducido según los adolescentes Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT Diciembre 2008. XLIV
- (A11)** Actitudes hacia la legalización del aborto inducido para evitar las complicaciones postaborto según los adolescentes Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT Diciembre 2008. XLV
- (A12)** Actitudes hacia la aplicación de sanciones para las adolescentes y personal de salud que realizan abortos según los adolescentes Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT Diciembre 2008. XLV
- (A13)** Actitudes hacia la legalización del aborto inducido en el Perú según los adolescentes Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT Diciembre 2008. XLVI
- (A14)** Actitudes hacia la promoción de actividades para prevenir los embarazos no deseados según los adolescentes Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT Diciembre 2008. XLVI
- (A15)** Actitudes hacia la promoción de abortos seguros en el sector salud según los adolescentes Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT Diciembre 2008. XLVII
- (A16)** Actitudes hacia el aborto inducido por causas fetales según los adolescentes Institución Educativa Micaela Bastidas V.M.T Diciembre 2008.
- (A17)** Actitudes hacia el aborto inducido para continuar con los estudios según los adolescentes Institución Educativa Micaela Bastidas V.MT Diciembre 2008.

PRESENTACIÓN

La adolescencia es considerada como un periodo de crisis en el desarrollo del ser humano, ya que se dan una serie de cambios a nivel biológico, psicológico, social y emocional. En esta etapa de transición, el adolescente logra madurar tanto física como biológicamente, aunque psicológica y emocionalmente presenta un estado de inmadurez; entra en un estado de crisis, puesto que el adolescente necesita saberse distinto a los demás, conocer sus habilidades, talentos, defectos y sentirse valioso como persona, con la capacidad de afrontar los desafíos básicos que se les presenta.

Actualmente es notable observar que los adolescentes sienten desorientación, confusión, poca seguridad y confianza en sí mismos; convirtiéndolos en un grupo vulnerable a desarrollar conductas sexuales de riesgo, tales como: el inicio precoz de actividades sexuales, conllevándolos a infecciones de transmisión sexual, VIH - SIDA, embarazos no planificados y abortos; poniendo en riesgo su salud sexual y reproductiva.

El objetivo principal del presente trabajo de investigación es determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido en los adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas; puesto que partir del conocimiento de esta problemática el Profesional de Enfermería, a través, de actividades preventivo promocionales contribuirá a mejorar la salud sexual y reproductiva de este grupo etáreo, a partir del fortalecimiento e incremento de conocimientos sobre el aborto inducido consecuencias; y de esta manera presenten una actitud de rechazo frente a esta problemática.

El presente trabajo consta de los siguientes capítulos:

El Capítulo I, comprende el planteamiento del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, marco teórico conceptual del estudio de investigación.

El Capítulo II, comprende los materiales y métodos a emplearse en el trabajo de investigación.

El Capítulo III, comprende los resultados y discusión de la información obtenida.

El Capítulo IV, comprende las conclusiones, recomendaciones, limitaciones de la investigación; asimismo se presentan las referencias bibliográficas, la bibliografía y los anexos.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido en los adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas. **MATERIAL Y METODOS:** La investigación es de tipo cuantitativo, el método es Descriptivo, corte transversal y nivel aplicativo; la población de estudio estuvo conformada por 165 adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, la técnica utilizada para la recolección de datos fue la Encuesta, utilizando el cuestionario y la Escala de Lickert como instrumentos, las cuales fueron validadas previamente mediante un juicio de expertos y sometidos a la prueba piloto para realizar la confiabilidad estadística. **RESULTADOS:** Los adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas presentan en su mayoría nivel de conocimientos “medio” sobre el aborto inducido (73.04%), actitudes de “indiferencia” hacia el aborto inducido (66.06%); y al relacionar ambas variables se encuentra que existe relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes hacia el aborto inducido. **CONCLUSIONES:** El nivel de conocimientos de los adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas sobre el aborto inducido es “medio”; lo que evidencia que la información que reciben sobre esta problemática es insuficiente; por lo que es considerado un grupo vulnerable a desarrollar conductas sexuales de riesgo y tienen actitudes hacia el aborto inducido de “indiferencia”; probablemente porque aun falta incrementar y reforzar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, lo que va permitir que posteriormente presenten una actitud de rechazo al aborto inducido.

Palabras Claves: Aborto inducido, adolescentes, actitudes, conocimientos.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the level of knowledge and attitudes towards induced abortion among adolescents in the school Micaela Bastidas. **MATERIAL AND METHODS:** The research is quantitative, the method is descriptive, cross-application level, the study population consisted of 165 adolescents from the school Micaela Bastidas, the technique used for data collection was a survey, using the questionnaire and the Lickert scale instruments, which were previously validated by an expert opinion and pilot tested for reliability statistics. **RESULTS:** Teenagers school Micaela Bastidas at its present level of knowledge most "average" on induced abortion (73.04%), attitude of "indifference" towards induced abortion (66.06%) and to correlate these two variables is relationship that exists between the level of knowledge and attitudes toward induced abortion. **CONCLUSIONS:** The level of knowledge of adolescents from school Micaela Bastidas on induced abortion is "half" which shows that the information given on this problem is insufficient for what is considered a vulnerable group to develop sexual behavior risk and attitudes toward induced abortion of "indifference", probably because even need to increase and strengthen knowledge about sexual and reproductive health, which will allow later submitted a rejectionist attitude to induced abortion.

Keywords: Abortion induced, teens, attitudes, and knowledge.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los embarazos precoces, los abortos en condiciones de riesgo, las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH, y la coacción y violencia sexuales son los problemas de salud sexual y reproductiva que afectan a los adolescentes con una vida sexual activa. Estima que cada año se practican 19 millones de abortos en condiciones de riesgo a nivel mundial, de los cuales 95% se realizan en países de bajos recursos económicos. (1)

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, estima que cada año 14 millones de adolescentes (es decir, menores de 20 años) dan a luz en el mundo, lo cual representa poco más del 10% del total de nacimientos. El 80% de los nacimientos tienen lugar en los países en desarrollo. (2)

En el año 2003, fueron notificados a los Centers for Disease Control and Prevention un total de 857 475 abortos legales. La cifra mencionada es la menor que la real porque las clínicas no siempre

notifican los abortos inducidos por procedimientos médicos. De los notificados, en promedio, 20% correspondió a mujeres de 19 años o menores y la mayoría de las gestantes tuvo menos de 25 años, fueron de raza blanca y solteras. Alrededor de 60% de los abortos provocados fueron practicados en las primeras ocho semanas y 88% en las primeras 12 semanas del embarazo. (3)

Según la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina cuatro millones de casos (31%) de todos los embarazos pueden terminar en aborto y se practican cerca de 444 abortos anuales por cada 1 000 nacidos vivos. (4)

Se estima que en América Latina, 26 de cada 1,000 mujeres en edad reproductiva han tenido por lo menos un aborto inseguro alguna vez en su vida. (5)

Según el Ministerio de Salud (2006), el total de abortos registrados en los hospitales del Perú, en menores de 20 años es 6 035 (16%); asimismo informa que el mayor porcentaje de abortos en menores de 20 años según departamentos ocurre en Lima 2011 (33.3%) y según distritos en Villa María del Triunfo en el hospital de Apoyo María Auxiliadora se registraron 645 (4.9%) del total de abortos registrados en Lima y en menores de 20 años 101 (5.0%) (6)

En un estudio realizado por Ferrando Delicia en el Perú, estima que en Lima y el resto de la costa se producirían cada año 188,994 abortos, en la sierra 113,785 y en la selva 49,034, en mujeres en edad reproductiva; situación que constituye un riesgo para las mujeres en el Perú por las consecuencias que conlleva (7). Al respecto la Encuesta Demográfica y de salud Familiar 2006 (ENDES) refiere:

“La conducta reproductiva de los adolescentes es un tópico de reconocida importancia, no sólo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común; o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la 'madre soltera'. Muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados por personas sin la debida formación profesional y en condiciones sanitarias inadecuadas, ya que los servicios médicos especializados son escasos y costosos porque el aborto es ilegal en el Perú”. (8)

Generalmente el aborto inducido o provocado es una respuesta a un embarazo no deseado. Los riesgos que representa para las adolescentes son considerables, por que ocurre clandestinamente y en condiciones insatisfactorias, generando complicaciones, como hemorragias, anemia, septicemia, desgarros vaginales, abscesos pélvicos, perforación uterina, lesiones de vísceras huecas, esterilidad secundaria y muerte. A pesar de no contar con cifras oficiales, observando la tendencia en la frecuencia del aborto en el Perú se deduce que este hecho está aumentando en el grupo de adolescentes y adultos jóvenes.

En la Institución Educativa Micaela Bastidas, perteneciente al distrito de Villa María del Triunfo, Al entrevistar al Sub Director; refiere: “Actualmente en el colegio las alumnas son muy movidas y despiertas, el año pasado se presentó un caso de embarazo en una alumna de

segundo año de secundaria, teniendo que retirarse del colegio por el embarazo avanzado, este año se presentó el mismo caso, pero en el 5^{to} "A" la alumna ha reservado su matrícula, ella misma refiere que retornará a culminar sus estudios aproximadamente en el mes de junio, hay varias alumnas que ya tienen relaciones sexuales y es más ya conviven con su parejas, básicamente las alumnas están en toda la época de enamoramientos, fiestas y amigos sin medir consecuencias, yo considero que son un grupo de riesgo". Al entrevistar a una alumna de cuarto año refiere "varias de mis amigas ya tienen relaciones sexuales y es mas cinco de ellas que están en quinto ya han abortado, y muchas de ellas conviven con sus parejas igual que yo, pero no salen embarazadas por que se cuidan, van a la posta".

En este campo es fundamental el rol que cumple la Enfermera puesto que en coordinación con las Instituciones Formadoras, ya que constituye un espacio que contribuye a la consolidación del desarrollo personal y al establecimiento de relaciones humanas en el estudiante, realiza actividades preventivas promocionales enfocadas a este grupo de riesgo y permite mejorar los niveles de salud, detectar factores de riesgo y fomentar estilos de vida saludables a través de Sesiones educativas y talleres.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo anteriormente expuesto se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es el nivel de conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido en los adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas en el año 2008?

C. JUSTIFICACIÓN

Las cifras estadísticas sobre la práctica del aborto en América Latina y el Perú, muestran; que el número de abortos se encuentra en incremento; el aborto inducido actualmente es reconocido como un problema de Salud Pública, por su magnitud, la gravedad de sus consecuencias y su repercusión psicológica, social y económica; por ello es necesario abordar esta problemática para poder enfrentarla y contribuir a mejorar la salud de los adolescentes, a partir de intervenciones tanto de la sociedad como del personal de salud; entre ellos cumple un rol fundamental el Profesional de Enfermería, ya que participa a través de actividades preventivo – promocionales enfocadas a este grupo de riesgo. Existen poco trabajos de investigación con respecto al problema planteado, debido a que la mayoría de los estudios se han centrado en identificar los factores del contexto social y familiar que se asocian con el aborto inducido de los adolescentes y sus implicaciones. En contraste, son relativamente escasos los intentos que se han hecho por identificar los conocimientos; es decir, la información que tienen sobre el tema, asimismo la actitudes hacia esta problemática.

La presente investigación va enfocada a los adolescentes fundamentalmente porque son un grupo vulnerable a desarrollar conductas sexuales de riesgo; puesto que en su formación como individuo acceden a temas sobre salud sexual y reproductiva pero de manera limitada, por lo que no tienen la información suficiente que les permita tomar decisiones respecto a su vida sexual; y orientar sus actitudes sexuales; hacia el rechazo de toda acción riesgosa.

D. OBJETIVOS

Los objetivos que se han formulado para el presente estudio son:

D.1 General

- Determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido en los adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas.

D.2 Específicos

- Identificar el nivel de conocimientos sobre el aborto inducido en los adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, según edad y sexo.
- Identificar la dirección e intensidad de las actitudes hacia el aborto inducido de los adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas.
- Identificar la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes hacia el aborto inducido en los adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas.

E. PROPÓSITO

Los resultados del presente trabajo de investigación, proporcionará información válida y confiable al personal de salud, especialmente a la Enfermera, que labora en el Modelo de Atención Integral de Salud en el primer nivel de atención y participa en la promoción de la salud sexual y reproductiva considerado en los lineamientos de política de salud; realizando actividades preventivo promocionales en las diversas Instituciones Educativas, orientadas a la población adolescente, fortaleciendo e incrementando el nivel de conocimientos sobre el aborto en dicho grupo etáreo y de esta manera presenten una actitud de rechazo frente a dicho problema; y adquieran conocimientos y actitudes para llevar una vida sexual saludable que les permita afrontar con responsabilidad las múltiples situaciones; evitando así infecciones de transmisión sexual, VIH – SIDA, embarazos no deseados, abortos clandestinos.

Estos resultados también benefician a las autoridades de la Institución Educativa y a los docentes, quienes deben incluir dentro de las asignaturas temas relacionados a la Salud sexual y reproductiva desde un enfoque de estilos de vida saludable, para concientizar y sensibilizar a los estudiantes para el rechazo al aborto inducido o provocado.

F. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

F.1 ANTECEDENTES

Internacionales

SAAVEDRA Cristina (2006), en México, realizó un estudio titulado “Sexo, anticoncepción, embarazo y aborto: Experiencias entre las estudiantes de enfermería en Veracruz y Chiapas”; teniendo por objetivos generales: Determinar la incidencia de embarazo o aborto entre las estudiantes de enfermería, Identificar los factores socioculturales y económicos que se relacionan con el embarazo o su interrupción, determinar el impacto de un embarazo o su interrupción en el rendimiento académico de las alumnas; el instrumento utilizado fue el cuestionario precodificado; la población de estudio estuvo conformada por todas las alumnas del segundo al octavo semestre que aceptaron participar voluntariamente en la investigación de las seis facultades de enfermería de la Universidad Veracruzana y la Escuela de Enfermería del Estado de Chiapas; entre las conclusiones tenemos:

“La incidencia de embarazos entre las estudiantes de Enfermería fue del 18.7%; La incidencia de abortos en el grupo de estudio fue del 9.4%; el 50% de los abortos ocurridos entre las alumnas de Enfermería fueron reportados como espontáneos y el otro 50% fueron provocados, aparentemente en condiciones seguras, ya que no repercutieron en el rendimiento académico ni en el ausentismo”. (9)

ÁLVAREZ Jorge (2005), en México, realizó un estudio titulado “Análisis Bioético de las actitudes de los estudiantes de la Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de México, ciudad de Juárez ante la interrupción voluntaria del embarazo”, el enfoque que utilizó fue el cualicuantitativo, con un método de diseño transversal, en una investigación de bioética descriptiva. La población de estudio lo conformaron 261 estudiantes de la licenciatura de médico cirujano

durante el segundo semestre del 2003; la muestra fue seleccionada probabilísticamente mediante muestreo aleatorio sistemático sin reposición. La técnica fue la encuesta y el instrumento fue una escala likert para medir actitudes ante la interrupción voluntaria del embarazo. Las conclusiones fueron:

“Las actitudes se consideran, en general, favorables hacia la interrupción voluntaria del embarazo, teniendo un acuerdo moderado un 1.1%, un acuerdo leve el 82%, y un desacuerdo leve un 16.9%.”(10)

Nacionales:

SÁNCHEZ Verónica (2004), en Lima, realiza un estudio titulado “Factores Socioreproductivos y su relación con el aborto provocado – Instituto Especializado Materno Perinatal”, el cual tuvo por objetivo: Analizar la relación que existe entre los factores socio reproductivos y el aborto provocado; el método utilizado fue analítico correlacional retrospectivo; la población de estudio estuvo conformada por 92 pacientes con antecedente previo de aborto provocado, la selección de la muestra fue no probabilística por conveniencia; el método la encuesta y la técnica la entrevista estructurada. Entre las conclusiones tenemos:

“Los factores relacionados positivamente con la práctica abortiva, son complejos, ya que van desde el medio familiar, las características personales y de relación con la pareja así como las características reproductivas. Dentro de los factores sociales el más importante fue el no tener pareja reconocida por la sociedad y no vivir con él; esto nos lleva a pensar que la pareja constituye un

pilar importante dentro de la toma de las decisiones dentro de la pareja y en mucho de los casos estudiados, si la mujer hubiera contado con el apoyo de la pareja, el embarazo hubiera proseguido.

Dentro de los factores reproductivos el más importante fue la edad de la primera gestación dentro de los 14 a 19 años, actualmente la mujer esta extendiendo la edad del primer embarazo, tratando de postergar su maternidad, para poder lograr metas más importantes dentro de su realización personal y profesional, es por ello que enfrentarse a un embarazo a esta edad resulta un fracaso dentro de sus ideales y en estas condiciones es más fácil que se recurra al aborto". (11)

CHÁVEZ Florindez (2003), en Lima, realizó un estudio titulado "Factores Socioculturales, económicos y reproductivos asociados a mujeres con aborto provocado vs mujeres con aborto espontáneo y púerperas inmediatas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue"; el cual tuvo por objetivo: Analizar los factores socioculturales, económicos y reproductivos asociados a mujeres con aborto provocado versus mujeres con aborto espontáneo y púerperas inmediatas; el método fue cuantitativo, observacional, descriptivo y analítico de corte transversal; la población de estudio estuvo conformada por dos grupos púerperas inmediatas (320), y mujeres con aborto (160), utilizándose el muestreo probabilístico sistemático; el método fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario; entre las conclusiones tenemos:

"Los factores socioculturales, económicos y reproductivos con mayor puntaje de asociación respecto

del aborto provocado fueron: la actitud personal, de su familia y su pareja hacia el embarazo”. (12)

OBREGÓN Eva (2004), en Lima, realizó un estudio titulado “Perfil epidemiológico del aborto en adolescentes del Instituto Especializado Materno Perinatal”, el cual tuvo por objetivo: Determinar los principales factores epidemiológicos asociados al aborto en pacientes adolescentes del Instituto Especializado Materno Perinatal durante el periodo comprendido entre el 1º de Julio al 31 de diciembre del 2000; el método utilizado fue cuantitativo, observacional, descriptivo y retrospectivo; la población de estudio estuvo conformado por 324 adolescentes; la técnica de recolección de datos fue la revisión de las historias clínicas y el instrumento fue un ficha de recolección de datos; entre las conclusiones tenemos:

“Se encontró alta frecuencia de abortos en mujeres adolescentes; el aborto se presenta con mayor frecuencia en la adolescencia tardía; los principales antecedentes obstétricos fueron nuliparidad, antecedentes de aborto anterior y no haber utilizado ningún método anticonceptivo antes del aborto”. (13)

F.2 BASE TEÓRICA

1. ASPECTOS CONCEPTUALES DEL CONOCIMIENTO

1.1 Definición

Mario Bunge sostiene, el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenado, vago e inexacto. (14)

Hessen Johannes sostiene, el conocimiento se presenta como una relación entre dos miembros, el sujeto y objeto. El dualismo de sujeto y objeto pertenece a la esencia del conocimiento. La relación entre los dos miembros es a la vez una *correlación*. El sujeto sólo es sujeto para un objeto y el objeto sólo es objeto para un sujeto. Pero esta correlación *no es reversible*. Ser sujeto es algo completamente distinto que ser objeto. La función del sujeto consiste en aprehender el objeto, la del objeto en ser aprehensible y aprehendido por el sujeto. (15)

Según Kant, el conocimiento humano es resultado de una interacción entre experiencia y razón. La experiencia es imprescindible: aporta datos, elementos materiales; la razón estructura estos datos, las hace inteligibles, las interpreta. Razón y experiencia encajan en el proceso de conocimiento. Así, en la epistemología de Kant, el hombre no es un receptor pasivo de los estímulos que provienen del mundo, sino un interpretador activo. Nuestro conocimiento está determinado por unas estructuras *a priori*: no conocemos nunca las cosas tal y como son en sí mismas, nosotros conocemos las cosas mediatizadas por nuestro sistema de conocimientos. No vemos el mundo, vemos nuestro mundo: nos proyectamos en nuestro conocimiento de las cosas. Las características que el sentido común atribuye a la realidad misma, Kant las atribuye a la estructura cognoscitiva del hombre. En cierto modo, el espectador, con sus *a priori*, condiciona el espectáculo en el mismo momento de la observación. (16)

John Locke, define el conocimiento no en relación a la experiencia sino como *"la percepción del acuerdo y la conexión -o el desacuerdo y rechazo- entre cualquiera de nuestras ideas"*. (17)

El Conocimiento como acto o proceso, es la relación que existe entre un sujeto cognoscente y un objeto cognoscible, donde el sujeto cognoscente se dirige intencionalmente a aprehender las cualidades esenciales del objeto cognoscible para luego formarse una representación.

1.2 Componentes del acto de conocimiento.

- **Sujeto Cognoscente:** Es todo ser humano conciente, que se dirige intencionalmente a captar, aprehender la cualidades esenciales del objeto.
- **Objeto Cognoscible:** Es todo hecho, fenómeno, cosa de la realidad, es decir todo lo existente cuyas propiedades son factibles de ser aprehendidas por el sujeto.
- **Representación:** Es la idea, imagen o concepto que el sujeto forma en su mente luego de captar las cualidades del objeto.

1.3 Características del Conocimiento

- **Objetividad:** Un conocimiento es objetivo cuando en el se hace referencia a las cualidades y propiedades del objeto, sin alterarlo o deformarlo.

- **Necesidad:** Un conocimiento es necesario cuando no puede ser de otro modo, sino de un modo determinado.
- **Universal:** Un conocimiento es universal cuando es válido para todos los hombres, es decir, se opone, al punto de vista particular o a la opinión que varía de sujeto en sujeto.
- **Verificable o fundamentado:** Se refiere a que todo conocimiento puede ser comprobado de manera racional o en la experiencia; es así que dentro de las ciencias tenemos dos formas de comprobar un conocimiento: a través de la demostración lógica racional o a través de la experimentación y/o la observación.

1.4 Niveles o tipos de Conocimientos

- **Vulgar u Ordinario:** Es la primera etapa del conocimiento que se fundamenta en la experiencia inmediata que tiene el hombre de la realidad, de allí que se caracteriza por ser empírico, asistemático, y de utilidad inmediata.
- **Científico:** Es la segunda etapa del conocimiento, en el cual el ser humano se dirige selectivamente a la explicación y fundamentación racional y/o empírica de un determinado fenómeno relacionado con algún aspecto de la realidad.
- **Filosófico:** Se caracteriza por buscar de manera racional, sistemática y metódica, explicar y comprender íntegramente todo lo que existe.

2 ASPECTOS CONCEPTUALES DE LAS ACTITUDES

2.1 Definición

Gordon Allport definió la actitud como: *“Un estado de disposición nerviosa y mental, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con los que guarda relación”* En esta definición, Allport nos dice que el individuo tiene una predisposición innata y habitual en los individuos hacia todo lo que les rodea, sean personas, objetos, actividades, entidades físicas o jurídicas, etc.

Milton Rokeach sostiene, la actitud es una *“Organización de creencias interrelacionadas, relativamente duradera, que describe, evalúa y recomienda una determinada acción con respecto a un objeto situación”, “Es un conjunto de predisposiciones para la acción relacionadas entre sí, y organizadas en torno a un objeto o situación”.*
(18)

La actitud es una predisposición aprendida de responder a las personas, a los objetos o a las instituciones de una manera favorable o desfavorable.

2.2 Características de las Actitudes.

- Son adquiridos en el proceso de socialización (son aprendidos).
- Son elementos orientadores que organizan el mundo subjetivo.
- Son prueba de pertenencia a un determinado grupo social.
- Están relacionados con objetos sociales (individuo, grupo, productos, manifestaciones culturales)

- Posee una cualidad direccional positiva o negativa, de rechazo total hasta la aceptación plena; pasando por todas las variantes que oscilan entre estos polos.
- Forman un patrón evaluativo o marco de referencia para nuestra percepción de la realidad.
- Son susceptibles de modificarse.
- No es un proceso psíquico, pero resulta de la integración de los procesos psíquicos.

2.3 Estructura de las Actitudes

- **Componente Cognoscitivo:** Está constituido por el conocimiento o ideas que se tiene sobre los fenómenos sociales (objetos) y que involucran a las creencias, opiniones, etc. El conocimiento es una determinante para la adquisición de una actitud, cuanto más profundo y perfecto sea el conocimiento que tenemos de una persona o de un objeto, más acentuada quedará esa actitud hacia la persona u objeto. Se define también como un conjunto de categorías que los humanos utilizan para dar nombre a todos los objetos.
- **Componente Afectivo:** Toda actitud conforma una carga afectiva que consiste en una expresión de sentimientos a favor o en contra de un objeto social; y eventualmente llevan una carga emocional. El componente afectivo se va a formar de experiencias agradables o desagradables que hayan ocurrido en la relación entre el sujeto y el objeto social.
- **Componente Conductual:** Es la disposición de realizar un conjunto de acciones por parte de un individuo hacia un objeto. La expresión

conductual depende del contexto, los valores, la percepción de la situación, etc. La actitud se manifestará en la acción.

2.4 Formación de las Actitudes

Se pueden distinguir dos tipos de teorías sobre la formación de las actitudes, estas son: la teoría del aprendizaje y la teoría de la consistencia cognitiva.

- **Teoría del Aprendizaje:** Según esta teoría, aprendemos las actitudes del mismo modo en que aprendemos todo lo demás; al aprender recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. En la medida en que seamos recompensados (reforzados) por ellas, el aprendizaje perdurará. Estas teorías del aprendizaje conciben a las personas como seres primariamente pasivos, cuyo aprendizaje depende del número y de la fuerza de los elementos positivos y negativos previamente aprendidos.

- **Teoría de la Consistencia Cognitiva:** Esta teoría se basa o consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí. En consecuencia, cambian o bien sus pensamientos o bien sus acciones con tal de ser coherentes.

- **Teoría de la Disonancia Cognitiva:** Se refiere a la tensión o desarmonía interna del sistema de ideas, creencias, emociones y actitudes que percibe una persona al mantener al mismo tiempo dos pensamientos que están en conflicto, o por un comportamiento que

entra en conflicto con sus creencias. Es decir, el término se refiere a la percepción de incompatibilidad de dos cogniciones simultáneas. La tensión psicológica que sucede cuando hay dos sistemas de ideas y actitudes que se oponen. Esta teoría se creó en 1962 por León Festinger, este conflicto nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes.

Otras situaciones que pueden producir disonancia cognitiva son aquellas en las que hacemos algo contrario a nuestras creencias más firmes sobre lo que es correcto y apropiado, cuando sostenemos una opinión que parece desafiar las reglas de la lógica, cuando ocurre algo que contradice nuestra experiencia pasada o cuando hacemos algo que no va con nuestra idea sobre quiénes somos y para qué estamos.

2.5 Factores que influyen en la formación de las Actitudes

Según Valero José, sostiene que entre los factores que influyen en la formación de actitudes tenemos (19):

- **La percepción:** al captar un valor es fácil que surja una actitud.
- **El conocimiento:** Muchas veces nuestra actitud hacia personas o cosas es indiferente por falta de conocimientos.
- **El Ejercicio:** La actitud se aprende con la práctica.
- **La Experiencia:** Una experiencia agradable favorecerá la fijación de una actitud
- **El Éxito:** Un estímulo agradable despierta una emoción facilitando actitudes positivas.
- **Los medios de comunicación:** Son medios poderosos que pueden hacer cambiar las actitudes de todo un país.

- **El medio:** Muchas veces adoptamos actitudes motivados por los otros. Los otros, el medio, imponen con fuerza una serie de actitudes y son pocos los que se liberan de esta fuerza poderosa del medio. Solo los que poseen una personalidad integra mantienen una actitud que ellos creen correcta. Liberándose así de la fuerza tiránica del medio.

2.6 Funciones de las Actitudes

Las actitudes no son innatas, de ello se deduce que son modificables continuamente; y las asociaciones objeto – evaluación que existen en la memoria son susceptibles de cambios. Por ello una actitud favorable facilita la consecución de objetos deseables y una actitud desfavorable trata de evitar la asociación con objetos no deseables. El cambio actitudinal tiene una funcionalidad muy clara: No todos los objetos son instrumentales, sin embargo, la actitud ayuda a conseguir objetivos muy diversos.

- **Función de Evaluación de Objetos:** Tener una actitud hacia un objeto es más funcional para las personas que no tener ninguna, puesto que por ese solo hecho puede orientar su acción y sabe que lo que es conveniente hacer y lo que es preferible evitar en todo lo relacionado con el objeto de la actitud. Las actitudes más accesibles, aquellas que implican una asociación fuerte entre objeto – evaluación, serán más funcionales y ayudarán más a la persona a guiar su acción hacia el objeto. La actitud poco accesible no puede ser buena guía para la acción y no cumple su función de evaluación de objetos de forma satisfactoria.

- **Función de Ajuste Social:** La orientación social predominante de una persona o grupo de persona las predispone a mantener o adoptar actitudes que cumplen una función determinada.
- **Función de Expresión de Valores:** Esta función se orienta al valor intrínseco del objeto en sí, más no en la orientación social predominante.

3 ASPECTOS CONCEPTUALES DEL ABORTO INDUCIDO

3.1 Definición

Etimológicamente la palabra aborto proviene del latín “*abortus o aborsus*”, de aborior, contrario a orior, nacer.

Según La Organización Mundial de la Salud, define al aborto como la terminación del embarazo, cualquiera que sea su causa, antes de que el feto esté capacitado para la vida extrauterina. Por aborto espontáneo se entiende la terminación de un embarazo sin una intervención deliberada, mientras que se habla de aborto inducido o provocado cuando la terminación del embarazo se debe a una intervención hecha deliberadamente con esa finalidad.

Según González Bosquet, define al aborto como, “*la finalización de la gestación antes de que el feto alcance la edad gestacional suficiente para sobrevivir fuera del claustro materno*”. (20)

El aborto, es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, con un feto menor de 500 gr y con una medida

total de 20 centímetros o con una medida de la coronilla al coxis de 16,5 centímetros. (21)

A partir de lo expuesto anteriormente se define al aborto inducido como la interrupción del embarazo antes de que el feto pueda desarrollar vida independiente. Los fetos expulsados con menos de 0,5 kg. de peso o 22 semanas de gestación se consideran abortos.

3.2 Historia del Aborto

En la antigüedad la realización de abortos era un método generalizado para el control de natalidad. Después fue restringido o prohibido por la mayoría de las religiones, pero no se consideró una acción ilegal hasta el siglo XIX. El aborto se prohibió para proteger a las mujeres de intervenciones quirúrgicas que, en aquella época, no estaban exentas de riesgo; la única situación en la que estaba permitida su práctica era cuando peligraba la vida de la madre. En ocasiones también se permitía el aborto cuando había riesgos para la salud materna. Durante el siglo XX la legislación ha liberalizado la interrupción de embarazos no deseados en diversas situaciones médicas, sociales o particulares. Los abortos por voluntad expresa de la madre fueron legalizados primero en la Rusia posrevolucionaria de 1920; posteriormente se permitieron en Japón y en algunos países de la Europa del Este después de la II Guerra Mundial. A finales de la década de 1960 la despenalización del aborto se extendió a muchos países. Las razones de estos cambios legales fueron de tres tipos: 1) el infanticidio y la mortalidad materna asociada a la práctica de abortos ilegales; 2) la sobrepoblación mundial; 3) el auge del movimiento feminista. Hacia 1980, el 20% de la población mundial habitaba en países donde la legislación sólo permitía el aborto en situaciones de

riesgo para la vida de la madre. Otro 40% de la población mundial residía en países en los que el aborto estaba permitido en ciertos supuestos riesgo para la salud materna, situaciones de violación o incesto, presencia de alteraciones congénitas o genéticas en el feto o en situaciones sociales especiales (madres solteras o con bajos ingresos). Otro 40% de la población mundial residía en países donde el aborto estaba liberalizado con las únicas condicionantes de los plazos legales para su realización. El movimiento de despenalización para ciertos supuestos, ha seguido creciendo desde entonces en todo el mundo y ha sido defendido en las conferencias mundiales sobre la mujer, especialmente en la de Pekín de 1995, aunque todavía hay países que sobre todo por razones religiosas se ven presionados a mantener legislaciones restrictivas y condenatorias con respecto al aborto.

3.3 Tipos de aborto inducido

- **Aborto voluntario (provocado):** Este tipo de aborto consiste en la interrupción del embarazo antes que el feto sea viable, a petición de la mujer, pero no originado por deficiencia de la salud de la mujer embarazada o enfermedad del feto.
- **Aborto Terapéutico:** Es realizado cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer embarazada. Esta situación ha quedado prácticamente superada como consecuencia del progreso en la medicina. Quedan algunas pocas situaciones excepcionales, en las que el feto no va a ser viable (por ejemplo el caso del embarazo ectópico, en el que la implantación del embrión no acontece en el útero, sino, por ejemplo, en las trompas). Algunas de las indicaciones para practicar el aborto terapéutico están: Cardiopatías persistente

después de descompensación cardíaca, vasculopatía hipertensiva avanzada y carcinoma invasor del cuello uterino. Además de los cuadros médicos y quirúrgicos que podrían constituir indicación para terminar el embarazo, se conocen otros. Sin duda en casos de violación o incesto muchas autoridades aceptan que podría convenir la terminación del embarazo. Otra indicación muy citada es evitar el nacimiento de un feto viable que tenga alguna deformidad anatómica o alteración psíquica.

3.4 Procedimientos para la inducción del aborto

El aborto puede ser provocado de muchas maneras, cuya elección depende de la edad del embrión o feto, de la salud de la madre, del contexto social en que es tomada la decisión y realizado el acto, especialmente el acceso a servicios médicos y los límites puestos por la legislación, y otros.

- **Aborto por métodos químicos**

Consiste en la interrupción del desarrollo del embrión y en su eliminación por el canal del parto, todo ello inducido por lo que suele ser una combinación de fármacos.

- **Métodos químicos aplicados a Abortos en el primer trimestre de gestación.**

Se han utilizado y estudiado ampliamente solo tres medicamentos para el aborto temprano: prostaglandinas (misoprostol), antiprogestágenos (mifepristona) y antimetabolitos (metotrexato).

Estos fármacos logran el aborto al intensificar la contractibilidad uterina, al revertir la inhibición de las contracciones inducida por progesterona (mifepristona y metotrexato) o al estimular directamente el miometrio (misoprostol).

La mifepristona o el metotrexato se administran inicialmente y después de algún lapso preciso, se usa misoprostol. El metotrexato y el misoprostol son teratógenos; por consiguiente, su empleo obliga a la mujer y el profesional, a completar el aborto incluso con evacuación quirúrgica si es necesario.

La hemorragia y el dolor cólico con el método médico de terminación, pueden ser mucho más intensos que los síntomas propios de la menstruación. En estos casos se debe utilizar algún analgésico, por lo común un narcótico. Es importante informar a la mujer que un signo determinante es el hecho de empapar dos toallas higiénicas o más por hora en las últimas 2 horas, y en este caso debe ponerse en contacto con el personal profesional.

- **Misoprostol**

Es un análogo de la prostaglandina E_1 que la FDA aprobó como tratamiento auxiliar en la prevención de úlceras gástricas en personas que toman AINES. La consecuencia farmacológica de la administración de misoprostol en la interrupción del embarazo es doble: reblandecimiento del cuello uterino y producción de contracciones. Las fuertes contracciones uterinas ayudan a expulsar el contenido del órgano. Según las instrucciones de la *Food and Drug Administration*, el médico es el que debe administrar el misoprostol en dosis de 400 – 800 ug por vía oral o vaginal. Poco después, la mujer permanecerá en el consultorio cuatro horas, aunque no necesita restringir sus actividades. Si al parecer se han expulsado los productos de la concepción se le explora para

confirmar dicho dato. Si en el lapso de observación al parecer no hubo expulsión del producto mencionado se hará un tacto ginecológico antes de que retorne a su hogar y se planea una nueva cita para revisarla en término de una o dos semanas. En esa segunda visita, si los datos de la anamnesis, la exploración física o la ecografía confirman que no se completó el aborto, por lo regular se realiza alguna técnica con aspiración.

El misoprostol tiene una absorción excelente por vía oral o vaginal. En el primer caso alcanza un máximo a los 30 minutos y después decae de manera significativa a los 120 minutos. La absorción vaginal no alcanza el máximo durante casi 1 hora, pero las cifras elevadas se mantienen. Los efectos secundarios primarios del misoprostol son náuseas, vómito, diarrea, dolor abdominal, escalofríos, fiebre y estremecimientos. El misoprostol se ha utilizado durante mucho más de un decenio junto con el antimetabolito metotrexato para abortos. Las contraindicaciones del misoprostol son glaucoma, anemia, estenosis mitral e hipersensibilidad.

- **Mifepristona**

Es un derivado de la noretindrona. Su eficacia mejora cuando se administra en combinación con un análogo de prostaglandinas. La mifepristona tiene una potente afinidad por receptores de progesterona y una menor para los de glucocorticoides. Una vez unida inactiva el receptor de progesterona y así se convierte en un antiprogestágeno eficaz. El principio fundamental es que la progesterona es indispensable para la unión del trofoblasto a la decidua en el embarazo temprano y su eliminación causa desprendimiento del saco gestacional. Las cifras de β -hCG empiezan a declinar una vez que el trofoblasto se separa. La mifepristona reblandece y dilata el cuello uterino al producir necrosis

decidual e incrementar las contracciones uterinas y la sensibilidad del útero a la administración de prostaglandinas.

La mifepristona se administra el día 1 en dosis de 100 – 600mg por vía oral, después que el proveedor y la paciente firman el consentimiento informado. A continuación el día 3, se administra el misoprostol en el consultorio del proveedor seguido por 4 horas de observación.

Debe informarse a la paciente objeto de un aborto médico que experimentará cólicos, dolor y hemorragia, y que 33% puede presentar náuseas, vómito, diarrea, mareo o fatiga. Estos síntomas pueden autolimitarse y no es necesario tratarlos de manera profiláctica. Aunque se utilizan analgésicos narcóticos.

- **Metotrexato**

Es un antimetabolito que bloquea la reductasa dihidrofolato, una enzima indispensable para la producción de timidina, nucleótido del DNA durante su ensamblaje. Como las células en más rápida división son las más afectadas, produce muerte de las células del trofoblasto. El metotrexato se utiliza en clínica para el tratamiento de la enfermedad trofoblástica gestacional (por ejemplo embarazo molar, embarazo ectópico y aborto médico temprano). Aunque el metotrexato no está aprobado por la FDA para el aborto médico temprano, los esquemas que se usan están bien estudiados. Los efectos secundarios de las dosis bajas de metotrexato que el esquema para embarazo ectópico emplea son sobre todo digestivos, con náuseas, vómito y diarrea, aunque se conocen informes aislados de supresión de médula ósea, leucopenia y alopecia. Las dosis altas de metotrexato producen toxicidad renal o lesión del revestimiento gastrointestinal.

La *Nacional Abortion Federation* (NAF) revisó el esquema de metotrexato y misoprostol para el aborto temprano. Se recomiendan dos opciones como pauta para el aborto médico temprano. Antes del inicio del esquema se concluye el asesoramiento, la instrucción y el consentimiento. Además se realizan el interrogatorio médico, la exploración física y la ultrasonografía para confirmar la edad gestacional. El esquema que es la primera opción inicia el día 1, cuando se administra el metotrexato. La dosis es de 50 mg/m² intramuscular (IM) o 50 mg por vía oral. También puede administrarse inmunoglobulina Rho (D) a pacientes Rh negativo el día 1 o cualquier día previo a la administración de misoprostol. Se brinda a la paciente suficiente información respecto a analgésicos y prescripciones, así como 800 ug de misoprostol, con instrucciones para la autoinserción vaginal los días 3, 4, 5, 6 o 7. El día 8 la paciente retorna al consultorio y se le efectúa el interrogatorio y ultrasonografía. El tratamiento concluye si por este método no se encuentra saco gestacional. Si aún lo hay, se repite la dosis de misoprostol, que puede administrarse por el médico, autoadministrarse en la clínica o en casa después de ese día. La vigilancia de la evolución incluye la consideración de actividad cardíaca dentro del saco gestacional. En su ausencia, la paciente debe retornar en tres a cuatro semanas. Si hay actividad cardíaca regresará en una semana después de esa consulta clínica. En la consulta del día 15 se practican un interrogatorio de intervalo y una ultrasonografía. El aborto médico concluye si no hay saco gestacional. Se requiere una evacuación quirúrgica en ese momento si aún se observa saco gestacional con actividad cardíaca. Si hay saco gestacional pero no actividad cardíaca, la paciente debe recibir instrucciones acerca de esperar respecto a la expulsión tardía de productos de la concepción y programarse una consulta hacia las

tres semanas. En la consulta de los días 29 a 45 después de la administración del metotrexato los médicos deben practicar otro interrogatorio de intervalo y una ultrasonografía. El tratamiento concluye si no hay saco gestacional. Si aún lo hay, es necesaria una evacuación quirúrgica en ese momento.

El otro esquema apoyado por la NAF es similar al primero pero incluye la administración adicional de misoprostol (dos dosis de 800 ug en total).

– **Métodos químicos aplicados a Abortos en el segundo trimestre de gestación.**

○ **Oxitocina**

La oxitocina, como único medicamento en dosis elevadas, logra el aborto del segundo trimestre en 80% a 90% de los casos.

Un régimen eficaz consiste en aplicar 10 ampollas de 1ml de oxitocina (10 UI/ml) a 1000 ml de solución de Ringer lactato. Se inicia solución intravenosa de 0,5 mU/min (50 mU/min). La velocidad de infusión se eleva a intervalos de 30 a 40 minutos hasta un máximo de 2mU/min. Luego de cada incremento en la velocidad de infusión se debe vigilar la frecuencia y la intensidad de las contracciones. Si la inducción inicial resulta infructuosa, las inducciones seriadas diarias durante 2-3 días resultan exitosas.

○ **Prostaglandina E₂**

La colocación de 20 mg de prostaglandina E₂ en el fondo de saco posterior de la vagina constituye una técnica sencilla y eficaz para lograr el aborto del segundo trimestre. Dicho método no es más eficaz que el uso de oxitocina en altas dosis y origina con mayor frecuencia efectos adversos como náuseas, vómitos, fiebre y

diarrea. Si se utiliza prostaglandina E₂ se administra un antiemético como la metoclopramida, un antipirético como el acetaminofén y un antidiarreico como difenoxilato/atropina para evitar o combatir los síntomas.

- **Prostaglandina E₁**

El misoprostol se utiliza de manera fácil y barata como agente único para lograr la terminación del embarazo en el segundo trimestre.

- **Aborto por métodos quirúrgicos**

- **Procedimiento de aborto en el primer trimestre de gestación.**

Los abortos tempranos del primer trimestre se realizan a través de los siguientes procedimientos:

- **Legrado Uterino Instrumental**

Es un procedimiento mediante el cual se vacía el útero raspándolo con curetas (instrumental metálico). Otro término utilizado para este método es Dilatación y curetaje. El legrado uterino instrumental se efectúa utilizando dilatadores mecánicos para abrir el cuello uterino y curetas de metal para raspar las paredes uterinas. Por lo general, este procedimiento requiere sedación intensa y anestesia general y, debido a un mayor riesgo de complicaciones, debe efectuarse solo cuando no sea posible practicar la aspiración manual Endouterina o el aborto con medicamentos.

- **El legrado por aspiración**

El legrado por aspiración es el método más eficaz para interrumpir embarazos menores de 12 semanas. Para iniciar el procedimiento de legrado por aspiración primero se sujeta el labio anterior del cuello uterino anestesiado de manera opcional. Se infiltra anestésico local en la submucosa en forma circunferencial en la región paracervical. Después se dilata de acuerdo con la duración de la gestación y la necesidad de abertura de la cánula; se dilata el cuello con bujías de Regar, pero sin sobrepasar los números 10 a 12 o con una sonda de laminaria. Para una gestación de siete a nueve semanas con respecto al último periodo menstrual se usan cánulas de 5 a 9 mm de diámetro; pueden ser blandas, flexibles o rígidas, rectas o curvas. La evacuación real se logra por aspiración mediante una jeringa de mano con sello automático o un aparato de aspiración; ambos pueden generar presiones de 60 a 70 mmHg. El contenido uterino, es evacuado por movimientos de introducción y retroceso y de rotación sobre el eje de la cánula, que ponen su extremo en contacto con la pared uterina, desprendiéndose el huevo y la decidua en su totalidad. La aparición de burbujas en la cánula de aspiración y el sonido uterino característico de la sonda al rozar la pared uterina libre de tejido decidual confirman la conclusión del procedimiento. Asimismo la conclusión del procedimiento puede confirmarse por ultrasonografía. La pérdida sanguínea suele ser baja, de 15 a 50 ml en la mayoría de las pacientes.

- **Aspiración Endouterina**

Es la técnica mediante la cual se extrae el contenido del útero, aplicando succión a través de una cánula que se introduce en el orificio cervical, hacia la cavidad del útero. Según la Organización Mundial de la Salud, la aspiración Endouterina se suele practicar

hasta las 12 a 15 semanas de gestación. La aspiración Endouterina se subdivide en dos tipos. Aspiración Eléctrica Endouterina (AEEU) y Aspiración Manual Endouterina (AMEU).

En la Aspiración Eléctrica Endouterina (AEEU), se utiliza la succión una bomba eléctrica. Las cánulas empleadas con la AEEU pueden ser de plástico o de metal.

En la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), utiliza un aspirador no eléctrico. La mayoría de los instrumentos empleados para efectuar la AMEU son aspiradores portátiles. Con los aspiradores de AMEU se utilizan cánulas de plástico, que varían de rígidas a muy flexibles. Tanto la AEEU como la AMEU son sumamente seguras y eficaces. Se realiza aspiración de la cavidad endometrial utilizando una cánula de Karman flexible de 5 o 6 mm fija a una fuente de aspiración de baja presión como una jeringa. Es un procedimiento seguro y simple que se puede realizar en un consultorio, y sin anestésico. Esto ha recibido diferentes denominaciones: extracción menstrual, inducción menstrual, período instantáneo, aborto atraumático o miniaborto.

– **Procedimiento de aborto en el segundo trimestre de gestación**

○ **Dilatación y Evacuación**

La dilatación y evacuación es el método más usual de aborto en el segundo trimestre. El procedimiento requiere dilatación adicional del cuello uterino (hasta 2 a 3 cm) mediante el uso de dilatadores metálicos o higroscópicos. Parte de la evacuación demanda el uso de pinzas de tipo Sopher y Beirer, que deben manejarse con seguridad en la porción inferior del útero o la región cavitaria media. Una vez que se extrae en su totalidad el feto, se utiliza una legra de grueso calibre al vacío para extraer la placenta y el tejido residual.

La pérdida sanguínea suele ser de 100 a 300 ml. La ultrasonografía puede ser útil durante el procedimiento para asegurar que las pinzas están dentro de la cavidad uterina y verificar el retiro completo de los productos de la concepción.

- **Dilatación y Extracción intactas**

El procedimiento permite retirar un feto esencialmente intacto. Requiere dos o tres días de preparación para asegurar la dilatación cervical necesaria y fármacos que inducen el parto. El médico manipula el feto para hacer salir primero sus piernas hasta dejar dentro sólo la cabeza, si así es necesario. Por último se vacía el encéfalo por succión después de practicar una incisión en la base del cráneo. Se reduce al mínimo la lesión del útero o el cuello uterino por instrumentos o huesos fetales.

- **Aborto inducido con solución salina y prostaglandinas**

Se utilizan varias soluciones para inyección intrauterina, que comprenden glucosa hipertónica, salina, de urea o uterotónicos como prostaglandinas y oxitocina. La inducción del trabajo de parto con prostaglandinas es la estrategia preferida para la evacuación del embarazo en el segundo trimestre. La prostaglandina que más se utiliza es la PGE₂, dinoprostona, en supositorios de 20 mg, o la 15 metil- PGE₂ o carboprost de 250 ug y trometamina para inyección intramuscular. Los esquemas de misoprostol usuales de 25 a 800ug por vía oral o intravaginal 4 a 8 horas antes del procedimiento pueden acelerar el nacimiento. Como las soluciones salina y de urea son hipertónicas, el procedimiento de inyección mata al feto. Para evitar el nacimiento de un feto vivo pero no viable puede

administrarse una inyección intracardiaca de digoxina o cloruro de potasio antes de la inducción.

○ **Laparotomía**

En algunas situaciones es preferible la histerotomía o la histerectomía por vía abdominal. Una indicación de histerotomía sería la presencia de un gran leiomioma que bloquea el sitio de ingreso del cuello uterino. Todas las histerotomías se efectúan mediante la insición uterina clásica porque no hay segmento uterino bien desarrollado en etapas tempranas del embarazo para hacer una insición segmentaria baja.

3.5 Causas del aborto provocado

No existe una causa única que obligue a una persona a decidir abortar casi siempre es la confluencia de varias condiciones, las más frecuentes son:

- Deseo de continuar la escolaridad, aunque legalmente no pueden ser expulsadas de las instituciones educativas, el sentirse un mal ejemplo muchas veces aísla a la persona quien por no sentirse mal termina por abandonar o postergar los estudios.
- Inseguridad económica.
- Falta de apoyo del compañero o la pérdida de este si prosigue el embarazo, con gran frecuencia la pareja abandona a la joven o sino condiciona el permanecer a su lado si es que termina el embarazo.
- Deseo de ocultar su embarazo, no desean que nadie sepa que tuvo actividad sexual y que se embarazó, para algunas jóvenes esto las hace no honorables.

- Miedo a la reacción o actitud que tomarán los padres, corren el riesgo de ser desterradas de la casa, actitud frecuente que toman los padres machistas.
- Sentimiento de incapacidad para cuidar bien a un bebé.
- Vergüenza de que la familia pierda su honor por no estar casada.
- Bajo nivel educativo.

3.6 Consecuencias del Aborto

- **Efectos físicos:**
 - Esterilidad.
 - Abortos espontáneos.
 - Embarazos
 - Nacimientos de niños muertos.
 - Trastornos menstruales.
 - Hemorragia.
 - Infecciones.
 - Shock
 - Coma
 - Útero perforado.
 - Peritonitis
 - Coágulos de sangre pasajeros.
 - Fiebre / sudores fríos.
 - Intenso dolor.
 - Pérdida de otros órganos.
 - Insomnio.
 - Pérdida de apetito.
 - Pérdida de peso.
 - Agotamiento.

- Nerviosismo.
- Disminución de la capacidad de trabajo.
- Trastornos gastrointestinales.
- Frigidez.
- Muerte.

- **Efectos psicológicos:**

- Culpabilidad.
- Impulsos suicidas.
- Sensación de pérdida.
- Sentimiento de luto.
- Pesar y remordimiento.
- Retraimiento.
- Pérdida de confianza en la capacidad de toma de decisiones.
- Sentimientos de inferioridad.
- Preocupación por la muerte.
- Hostilidad.
- Conducta autodestructiva.
- Ira/Rabia.
- Desesperación.
- Desvanecimiento.
- Deseo de recordar la fecha de la muerte.
- Preocupación con la fecha en que "debería" nacer o el mes del nacimiento.
- Intenso interés en los bebés.
- Instintos maternos frustrados.
- Odio a todos los relacionados con el aborto.
- Deseo de acabar la relación con su pareja.
- Pérdida de interés en el sexo.

- Incapacidad de perdonarse a si misma.
- Sentimiento de deshumanización.
- Pesadillas.
- Ataques / Temblores.
- Frustración.
- Sentimientos de ser explotada.
- Abuso de los niños.

3.7 Consecuencias físicas y psicológicas en general

El aborto, legal o ilegal también daña física y psicológicamente a la mujer y hasta puede acarrearle la muerte. La propaganda proabortista continuamente proclama la mentira de que el aborto legal es módicamente “seguro”, y de que es necesario legalizarlo o despenalizarlo debido a la gran cantidad de muertes maternas causadas por el aborto ilegal. Esta estrategia para legalizar el aborto se llama engañosamente "Maternidad sin riesgos".

Entre las complicaciones físicas del aborto en la mujer están las infecciones, las hemorragias, las complicaciones debido a la anestesia, las embolias pulmonares o del líquido amniótico, así como las perforaciones, laceraciones o desgarros del útero. Estadísticamente hablando, se estima que el riesgo inmediato de dichas complicaciones es de un 10%, pero el de las complicaciones a largo plazo es entre el 20 y el 50%.

Además de las complicaciones físicas, las mujeres sufren emocional y espiritualmente de lo que ya se ha identificado como el “síndrome post aborto”. Estos efectos del aborto incluyen sentimientos de culpa, angustia, ansiedad, depresión, baja autoestima, insomnio, diversos tipos de neurosis y de enfermedades psicopáticas, tendencia al

suicidio, pesadillas en las que aparecen los restos del bebé abortado, recuerdos dolorosos en la fecha en que hubiera nacido, etc.

3.8 Postura de la Iglesia frente al aborto

- **Catolicismo**

Antes del siglo XIX no existía una doctrina clara sobre el aborto, de modo que uno de los más importantes Santos de la iglesia, Santo Tomás de Aquino, sostenía que el alma del feto alcanzaba la condición de racional durante su desarrollo, lo que, siguiendo a Aristóteles, situaba en los 40 días para el caso de los varones y 80 para las hembras; por eso, los teólogos católicos medievales aceptaban el aborto que se efectuaba antes de esos meses.

La doctrina actual oficial de la Iglesia católica declara que el aborto es un asesinato en cualquier momento de la gestación, con independencia del grado de desarrollo del embrión. Incluso lo califica como el peor crimen, ya que considera que el embrión es el más débil de todos los seres humanos. Debido a esto, se encuentra entre los principales partidarios de la penalización del aborto.

La Iglesia católica es el grupo social que más se ha opuesto y se opone al aborto. En el Catecismo de la Iglesia Católica hay una clara y unánime afirmación de que la vida es inviolable desde el momento de la concepción. La afirmación de este derecho a la vida del no nacido se fundamenta en su carácter biológico humano, la continuidad del proceso de desarrollo embrionario, el ser llamado a la vida en un contexto humano.

“La vida humana debe ser respetada y protegida de manera absoluta desde el momento de su concepción. Desde el primer momento de su existencia, el ser humano debe ver reconocidos sus derechos de persona, entre ellos, el derecho inviolable de todo ser inocente a la vida. La cooperación formal a un aborto constituye una falta grave, que la Iglesia sanciona con pena canónica de excomunión”. (22)

La afirmación del derecho a la vida del no-nacido se aplica incluso en las situaciones más dramáticas: indicación terapéutica, eugénica y “ética”. Se insiste en un argumento de raíz evangélica para proteger la vida no nacido: El valor que para Jesús tiene la vida del pobre, del débil, del que no tiene voz para defender su derecho a la vida.

El Papa Pio XII, en 1944 excluyó claramente el aborto inducido: *“El Médico no tiene derecho a disponer de la vida del niño o de la madre. Nadie en el mundo, ninguna persona privada, ningún poder humano puede autorizarle para su destrucción directa. Su oficio no es destruir la vida sino de preservarla”. (23)*

El Papa Juan XXIII, en el concilio Vaticano II calificó el aborto como *“acto abominable”*. (24)

El Papa Pablo VI, ratificó lo anterior diciendo: *“El aborto ha sido considerado homicidio desde los primeros siglos de la iglesia. Nada permite hoy considerarlo de modo diverso”*. (25)

El Papa Juan Pablo II, reiteró su firme apoyo a este concepto: *“La iglesia jamás autorizará el aborto por considerarlo crimen y destrucción del ser mas débil”,* que debe olvidarse *“la cultura de la muerte”* y que

“nadie se atreva a vulnerar el don precioso y sagrado de la vida en el vientre materno”. (26)

3.9 Legislación Peruana sobre el aborto

En 1989 varias organizaciones feministas se unieron para legalizar el aborto. En el Perú en Junio y Julio de 1990 se empezó a discutir la inclusión del aborto terapéutico en el proyecto del Código Penal, finalmente los expertos que concluyeron el proyecto presentaron la propuesta que despenalizaba el aborto en casos de violación, la propuesta estaba contenida en el artículo 120. Esta posición fue duramente criticada por la iglesia católica cuando estaba por aprobarse el nuevo código penal. En Julio de 1990 la polémica se hizo mas fuerte a tal punto que el gobierno saliente no promulgó la ley, por considerar que muy pocos la conocían.

Hubo manifestaciones de apoyo y rechazo a esta negativa de promulgar la ley, mujeres violadas protestaban en un medio escrito, cartas públicas en apoyo a la decisión eran firmadas por el personal de salud y ex ministros de justicia.

En abril de 1991 se aprueba el nuevo Código Penal, en el Título I de los delitos contra la vida, el cuerpo y la salud se registra al aborto sin considerar la despenalización en casos de violación.

El Código Penal establece sanciones contra las mujeres que se practican el aborto y contra las personas que lo realizan. Los artículos del 114 al 120 dicen lo siguiente: (27)

- Art. 114: La mujer que causa su aborto o conciente que otro le practique un aborto será reprimida con pena privativa de libertad no mayor de dos años.
- Art. 115: El que causa el aborto con el consentimiento de la gestante será reprimido con pena privativa de la libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años. Si sobreviene la muerte de la mujer la pena no será menor de dos años ni mayor de cinco años.
- Art. 116: El que hace abortar a una mujer sin su consentimiento será reprimido con pena privativa de libertad no menor de tres ni mayor de cinco años. Si sobreviene la muerte de la mujer y el agente pudo prever este resultado la pena será no menor de cinco ni mayor de diez años.
- Art. 117: El Médico, Obstetra, Farmacéutico o cualquier profesional sanitario que abusa de su ciencia para causar el aborto será reprimido según las sanciones previstas e inhabilitado.
- Art. 119: No es punible el aborto practicado por un Médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal cuando es el único medio de salvar la vida de la gestante.
- Art. 120: El aborto es reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres meses. Cuando el embarazo sea consecuencia de una violación sexual fuera del matrimonio y siempre que los hechos hubieran sido investigados. También cuando es probable que el ser en formación conlleve al nacimiento graves taras físicas o psíquicas, siempre que exista diagnóstico médico.

La constitución del Perú del año 1993 ratifica la prohibición del aborto. En el Artículo 2 inciso 1 cuando señala: “el concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece”. (28)

La Ley General de Salud (Nº26842) establece en su artículo 30º, la obligación de que los establecimientos de salud y los médicos tratantes, informen a la autoridad policial sobre los casos en los que exista sospecha de aborto provocado.

4 ASPECTOS GENERALES DE LA ADOLESCENCIA

4.1 Definición

La adolescencia es un período de la vida que va desde la pubertad, que marca el inicio del lapso evolutivo, hasta el ingreso a la edad adulta o juventud. La adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y 19 años. Se caracteriza por el acelerado crecimiento físico, al final del cual, la persona alcanza precisamente la madurez física y sexual en la formación de todos sus órganos y sistemas, incluyendo el aparato reproductor. En esta etapa, el adolescente deja de ser niño o niña, pero todavía no tiene madurez ni equilibrio emocional. (29)

El término adolescencia se deriva del latín “*adoleceré*”, que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer. Este es un período en el cual se produce un gran desarrollo físico, con un fuerte impacto en la vida psicológica y social del adolescente.

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia y juventud por grupos de edad. Para la OMS, “*La adolescencia es la etapa que ocurre entre los diez y veinte años de edad, coincidiendo su inicio con los cambios puberales y finalizando al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico. La juventud, por otra parte, es el periodo entre los quince y veinticinco años de edad. Constituye una*

categoría sociológica, caracterizada por asumir los jóvenes con plenitud sus derechos y responsabilidades sociales". (30)

Maddaleno y Breinbauer (2005) desglosan la adolescencia; "preadolescencia al periodo entre los 9 y los 12 años; la adolescencia temprana abarca desde los 12 a los 14 años; la adolescencia intermedia, desde los 14 a los 16; la adolescencia tardía, desde los 16 a los 18; la juventud, desde los 18 a los 21 años; y la edad adulta joven desde los 21 a los 24.

4.2 Desarrollo Psicosexual en la Adolescencia

El desarrollo psicosexual comienza a distintas edades y tiene ritmo propio para cada adolescente. Se realiza como un proceso armónico, y para su sistematización se separa en etapas, estas no tienen duración precisa ni cronología determinada.

- **Primera etapa: Aislamiento:** Los cambios en el aspecto físico, hacen que el adolescente se sienta desconocido y se vuelque a su interior. Se encuentran conductas exhibicionistas e incumplimiento en los hábitos de higiene. El impulso sexual en el varón debe superar la tendencia de tener a su madre como objeto de identificación y como recurso; surge la necesidad de romper relaciones con el sexo femenino. La masturbación es la conducta sexual mas frecuente. En la mujer el impulso sexual esta en vías de organización y se presenta una lucha para no caer en la dependencia materna. La masturbación y fantasías en busca de la pareja es una forma de descarga de tensión sexual.
- **Segunda etapa: Orientación incierta hacia la sexualidad:** Al tiempo que va adaptándose a los cambios corporales, el adolescente

intenta romper con la dependencia familiar. Es la etapa del amigo que representa su ideal del yo. Los sentimientos eróticos se canalizan en cuentos, chistes y largas conversaciones. La masturbación es una actividad frecuente.

- **Tercera etapa: Apertura a la Heterosexualidad:** Las relaciones entre ambos sexos son efímeras, intensas y con un cambio rápido del objeto amoroso. El enamoramiento tiene un fuerte componente romántico. La sexualidad esta presente a través de conversaciones, consideraciones filosóficas y fantasías eróticas. La masturbación es muy frecuente.
- **Cuarta etapa: Consolidación:** Mayor estabilidad afectiva que favorece la búsqueda del objeto amoroso único. Si se ha logrado un desarrollo psicosexual optimo, se ha obtenido una madurez afectiva que le facilite la inserción al mundo adulto.

4.3 Factores que influyen la conducta sexual de los adolescentes.

- **Edad:** Al inicio de la adolescencia el amor esta acompañado de mucha conversación, largas horas de intercambio, tratar de construir su identidad a partir del compañero elegido como objeto del amor. El iniciarse sexualmente es de mayor riesgo a menor edad por las implicancias biológicas, el riesgo al cáncer del cuello uterino, inestabilidad emocional en elegir la pareja, falta de identificación con la necesidad de protegerse para evitar un embarazo no deseado.
- **Familia:** El núcleo familiar es el soporte afectivo que necesita el adolescente. La figura de los padres tiene fundamental importancia en el desarrollo de la sexualidad humana. Ya que influencia fuertemente en su comportamiento sexual. El adolescente asume como normales las conductas aprendidas en el seno de su familia.

Este espacio de socialización primaria, en donde los agente socializadores tienen una fuerte carga emotiva e identificatoria para el niño y la niña, se asumirá no como una de las formas de representación o significación de la sexualidad, sino como la única forma existente, como la única realidad posible. Es por ello que la internalización de valores, representaciones y saberes sobre la sexualidad que son transmitidos en este espacio tiene especial relevancia.

- **Educación:** Relacionan el bajo nivel educativo con la iniciación sexual precoz, lo cual tiene que ver con la falta de proyectos de vida.
- **Genero:** En el juego de roles, aprendido en la socialización primaria (hogar) y en la secundaria (escuela), el varón debe dominar sus sentimientos; “el hombre no llora”, del el depende el éxito de las relaciones sexuales, el debe dar el primer paso, etc. La mujer debe ser buena, ella siempre espera, soporta, porque el hombre es hombre y siempre cae parado, ella debe aparentar no saber de sexo.
- **Cultura:** Existen culturas permisivas en donde la adolescente debe iniciarse sexualmente temprano de los contrario es considerada inferior; hasta aquellas recesivas en donde está prohibido que la mujer sienta placer.
- **Iniciación sexual:** Evento trascendental, inolvidable, puede marcar la forma de relación para el futuro. Lo ideal es que sea voluntaria, sin presión, producto del razonamiento y del amor y con protección.

- **Amigos:** El adolescente tiende a comportarse como los amigos, forman, la “patota”, quienes son los informantes más importantes sobre sexualidad.

4.4 Factores protectores para conductas riesgosas en la adolescencia.

Según Ramón Florenciano, sostiene que entre los factores protectores encontrados por múltiples estudios empíricos, mencionan:

- Una relación emocional estable por lo menos con un padre u otro adulto significativo.
- Redes sociales existentes tanto dentro como fuera de la familia: parientes, vecinos, profesores, religiosos, pares.
- Clima educativo abierto, positivo, orientador, con normas y valores claros.
- Modelos sociales que valoren en el enfrentamiento positivo de los problemas, representados por los padres, hermanos, profesores o amigos.
- Balance adecuado entre responsabilidades sociales y expectativas de logro.
- Competencias cognitivas (nivel intelectual promedio, destrezas de comunicación, empatía, capacidades de planificación realista).
- Características temperamentales que favorezcan el enfrentamiento efectivo (flexibilidad, orientación a los problemas, capacidad de reflexionar, y controlar los impulsos, capacidades verbales adecuadas para comunicarse).
- Experiencias de autoeficacia, con locus de control interno, confianza en si mismo y autocontrol positivo.
- Actitud preactiva frente a situaciones estresantes.

- Experiencia de ser sentido y significado de la propia vida.

4.5 Factores de riesgo para conductas riesgosas en la adolescencia.

- **Dominios conceptuales interrelacionados para factores de riesgo**
 - ***Biológicos – Genéticos:*** Historia Familiar de Alcoholismo.
 - ***Ambiente Social:*** Pobreza, alienación, inequidad, falta de oportunidades.
 - ***Ambiente Psicológico:*** Modelos desviados, conflicto intrafamiliar y de pares.
 - ***Personalidad:*** Baja autoestima, aventurerismo, impulsividad y angustia
 - ***Conducta:*** Bajo rendimiento escolar, ingesta de alcohol excesiva.
- **Conductas / Estilos de vida de riesgo adolescente**
 - ***Conductas Problema:*** Uso ilícito de drogas, delincuencia y conducta sexual precoz.
 - ***Conductas de Salud:*** Uso de alcohol o tabaco
 - ***Conductas Escolares:*** Faltar a clases, deserción escolar y bajo rendimiento.
- **Consecuencias dañinas para la salud**
 - ***Patologías:*** Enfermedades de diversa índole, estado físico limitado.
 - ***Roles Sociales:*** Fracaso escolar, problemas legales, embarazos precoces.
 - ***Desarrollo personal y futuro:*** Autoconcepto inadecuado, depresión /conducta suicida, menores destrezas laborales, desempleo juvenil y desmotivación vital.

5. ROL DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCION DE LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES

La atención de Enfermería debe ser integral e individualizada, dirigida a la persona en sus diversas etapas de vida, desde su nacimiento hasta la muerte, ya sea a la persona sana o enferma; con énfasis en actividades preventivo promocionales, en este caso su cuidado ira dirigido hacia los adolescentes, debido a que son un grupo de riesgo por las características propias de su edad, durante su proceso de desarrollo han adquirido madurez física pero no logrando la madurez psicológica de manera total, predisponiéndolos a desarrollar conductas sexuales de riesgo.

Entre las actividades que realiza el profesional de enfermería en el seguimiento de estos casos tenemos, la entrevista, visitas domiciliarias, sesiones educativas.

El Profesional de Enfermería realiza la consejería, es decir, un proceso de comunicación interpersonal, mediante el cual se ayuda a la persona a tomar decisiones de su vida reproductiva, en forma voluntaria, conciente e informado; para obtener buenos resultados se debe considerar la confidencialidad, privacidad e información; logrando de esta forma que adopten un nivel adecuado de conocimientos y una actitud de rechazo hacia práctica del aborto, es decir, lleven una vida sexual y reproductiva saludable que garantice mejorar su calidad de vida.

G. HIPÓTESIS:

G.1 HIPOTESIS DESCRIPTIVA

H₁: El 70% de los adolescentes presentan un nivel de conocimientos “medio” y actitudes de “indiferencia” hacia el aborto inducido.

H₀: El 70% de los adolescentes presentan un nivel de conocimientos “bajo” y actitudes de “aceptación” hacia el aborto inducido.

G.2 HIPOTESIS CORRELACIONAL

H₁: El nivel de conocimientos sobre el aborto inducido está relacionado con las actitudes hacia el aborto inducido.

H₀: El nivel de conocimientos sobre el aborto inducido no está relacionado con las actitudes hacia el aborto inducido.

H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

- **Adolescente:** Es la persona entre edades de 14 a 18 años, pertenecientes a la Institución Educativa Micaela Bastidas.
- **Aborto Inducido:** Es la interrupción del embarazo por una intervención médica o quirúrgica hecha deliberadamente, antes de que el feto pueda desarrollar vida independiente. Los fetos expulsados con menos de 0,5 kg. de peso o 22 semanas de gestación se consideran abortos.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

A. TIPO, NIVEL Y MÉTODOS

El presente estudio de investigación es de enfoque cuantitativo, pues supone la recolección sistemática de datos y su descripción, asimismo el análisis de la información se realizó a través de procesos estadísticos. De corte transversal, debido a que las variables se van a estudiar en un momento determinado, haciendo un corte en el tiempo. Nivel aplicativo, puesto que va permitir brindar aportes a la práctica, especialmente en el área de Salud Sexual y Reproductiva; método descriptivo, ya que se van a estudiar los hechos tal como se observan en la realidad.

B. ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en la Institución Educativa Micaela Bastidas, ubicado en la cuadra N° 2 de la Av. Huayna Cápac Urb. Micaela Bastidas, perteneciente al distrito de Villa María del Triunfo; alberga a 1 500 alumnos aproximadamente, brinda educación en los niveles de inicial, primaria y secundaria, en el turno mañana. Teniendo como Directora a la Sra. Olga Cruz Collantes y Subdirectora en el área de Secundaria a la Sra. Gladys Sucaticona. La Institución Educativa

cuenta con ambientes como biblioteca y laboratorios de ciencias, cosmetología y electricidad; tiene tres secciones de tercer año, dos secciones de cuarto y quinto año de secundaria.

C. POBLACIÓN Y/O MUESTRA SELECCIONADA

La población de estudio estuvo conformada por todos los alumnos del Tercero, Cuarto y Quinto año de secundaria que hacen un total de 165 alumnos; 96 mujeres y 69 varones, debido a que la población es reducida, por lo tanto se trabajó con el 100% de la población. Los cuales tuvieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Que estén matriculados en el año académico 2008 de la Institución Educativa Micaela Bastidas del distrito de Villa Maria del Triunfo.
- Que tengan entre 14 a 18 años. (Tercero, Cuarto y Quinto año de secundaria).
- Que acepten voluntariamente participar en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- Los estudiantes que no deseen participar del estudio.
- Los estudiantes del primer y segundo año de secundaria.

D. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica utilizada en la presente investigación es la encuesta y los instrumentos son: El primer instrumento para la recolección de datos es el cuestionario, estructurado a base de un conjunto de preguntas referentes a los conocimientos de los adolescentes sobre el

aborto inducido, el presente cuestionario consta de 14 preguntas y tiene la siguiente estructura: introducción, instrucciones, datos generales y las preguntas correspondientes al problema de investigación. (ANEXO B).

El segundo instrumento para la recolección de datos es la escala de Lickert modificada con 18 enunciados referentes a las actitudes de los adolescentes hacia el aborto inducido. (ANEXO D).

Para determinar la validez del cuestionario y la escala lickert modificada se sometió a juicio de expertos con la participación de ocho Profesionales con experiencia en el tema de investigación, para lo cual sus opiniones, recomendaciones y sugerencias contribuirán a mejorar el instrumento. (ANEXO F).

Para la confiabilidad de los instrumentos se realizó una prueba piloto en el año 2007, en la misma Institución Educativa Micaela Bastidas, en los salones de tercero, cuarto y quinto quienes no formaron parte de la población para la presente Investigación, para la obtención de la confiabilidad del cuestionario se utilizó la fórmula estadística de Kuder Richarson (ANEXO G) y para la Escala lickert modificada la fórmula estadística Coeficiente de Alfa de Crombach. (ANEXO H).

E. PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos del presente estudio, se realizó los trámites administrativos a fin de solicitar la autorización de la Institución Educativa Micaela Bastidas, encabezado por la Directora Lic. Olga

Cruz Collantes. Luego de ello se realizó las coordinaciones pertinentes a fin de iniciar la recolección de datos en el mes de Diciembre, teniendo en cuenta que la aplicación de los instrumento es de 30 minutos aproximadamente. (ANEXO I).

Para el procesamiento de los datos se realizó a través del programa Excel, previa elaboración del libro de códigos y tabla matriz, asignando para cada respuesta el valor de 0, 1 para el cuestionario y 1, 2, 3, 4 y 5 para las respuestas de la escala lickert modificada.

Los resultados serán presentados en tablas a fin de realizar el análisis e interpretación de acuerdo al marco teórico.

F. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Para la medición de la variable Nivel de conocimientos sobre el aborto inducido se utilizó la escala de Stanones (ANEXO J), lo que permitió clasificar los puntajes para la obtención de las categorías: alto, medio y bajo; asimismo para la medición de la variable Actitud hacia el aborto inducido se utilizó la escala de Stanones, lo cual permitió clasificar a la variable en Aceptación, Indiferencia y Rechazo (ANEXO K).

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de investigación se realizó previa información a la Institución Educativa Micaela Bastidas, asimismo se informó a los alumnos sobre el propósito, los objetivos y el anonimato del estudio.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Después de la recolección de datos a través de la aplicación de la encuesta a los adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, estos fueron procesados y agrupados de tal forma que los resultados puedan ser presentados en cuadros estadísticos siendo susceptibles de análisis e interpretación en concordancia con el marco teórico y la hipótesis propuesta. A continuación se presentan los resultados obtenidos y su discusión.

En cuanto a las características generales, la población; estuvo comprendida en su mayoría por adolescentes del sexo femenino que representan el 58.18% (96) del total de encuestados, mientras que el sexo masculino 41.82% (69) (ANEXO N)

En relación a la edad el 89.69% (148), están comprendidas entre 15– 18 años; (ANEXO M), por lo que se afirma que la población de estudio se encuentra entre la etapa de adolescencia intermedia y tardía.

En cuanto a las variables de estudio tenemos lo siguiente:

CUADRO Nº 1

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL ABORTO
INDUCIDO EN LOS ADOLESCENTES
INSTITUCIÓN EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS
V.M.T DICIEMBRE 2008**

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	ADOLESCENTES	
	Nº	%
ALTO	33	20.00
MEDIO	122	73.94
BAJO	10	6.06
TOTAL	165	100.00

En el cuadro Nº 1 con respecto al nivel de conocimientos sobre el aborto inducido de los adolescentes, se puede apreciar que del 100% (165); el 73.94% (122) tienen un nivel de conocimientos “medio”.

La adolescencia es un período de vida que marca el inicio del lapso evolutivo. Es la etapa comprendida entre los 12 y 18 años. Se caracteriza por el acelerado crecimiento físico, al final del cual, la persona alcanza precisamente la madurez física. En esta etapa, el adolescente deja de ser niño o niña, pero todavía no tiene madurez ni equilibrio emocional.

Los adolescentes durante este periodo se muestran desorientados, confusos sobre diversos temas en relación a su salud sexual y reproductiva, debido a que no adquieren información de sus padres, docentes y profesionales de la salud, porque en diversas

ocasiones recurren principalmente a sus pares, y a su vez estos no le proporcionan una información correcta.

En consecuencia, debido a la inmadurez emocional unido a la falta de información, el adolescente; se encuentra vulnerable a desarrollar conductas sexuales de riesgo entre ellas tenemos; el inicio precoz de la actividad sexual, lo que conlleva a la adquisición de infecciones de transmisión sexual, embarazos no planificados, abortos clandestinos poniendo en riesgo la vida de la adolescente.

Por lo anteriormente expuesto se deduce que la mayoría de adolescentes presentan un nivel de conocimientos “medio” sobre el aborto inducido, lo que predispone a que el adolescente acepte dicho riesgo y vaya adoptando prácticas sexuales riesgosas debido a que no se encuentre maduro en lo psíquico, emocional y cognitivo, por ello la importancia de brindar una información comprensiva sobre el aborto inducido durante su fase de adolescencia ya que es más factible influir o cambiar rasgos en el comportamiento sexual, su rol y de los riesgos ya que estos no logran su consolidación sino hasta etapas posteriores.

En el cuadro N° 2 con respecto a las actitudes hacia el aborto inducido de los adolescentes se puede apreciar que del total 100% (165); el 66.06% (109) presentan actitudes de “indiferencia”.

Al respecto se observa que el 53.33% (88) de los adolescentes tienen actitudes de indiferencia hacia las mujeres que tuvieron un aborto inducido (Anexo A5), el 47.88% (79) refieren actitudes de indiferencia hacia el aborto inducido si se encuentra en peligro la vida de la madre (Anexo A6), el 64.85% (107) manifiestan sentimientos de

CUADRO Nº 2

ACTITUDES HACIA EL ABORTO INDUCIDO EN LOS ADOLESCENTES

I.E. MICAELA BASTIDAS V.M.T

DICIEMBRE 2008

ACTITUDES	ADOLESCENTES	
	Nº	%
RECHAZO	20	12.12
INDIFERENCIA	109	66.06
ACEPTACIÓN	36	21.82
TOTAL	165	100.00

indiferencia hacia la penalización del aborto inducido en el Perú (Anexo A10) y el 49.70% (82) manifiesta actitudes de indiferencia hacia la aplicación de sanciones para las adolescentes y personal de salud (Anexo A12).

Armendáriz, señala que la actitud es una disposición psicológica adquirida y organizada a través de la experiencia que suscita al individuo a reaccionar de manera característica frente a determinados objetos, personas, situaciones, es decir una disposición de aceptación o rechazo que se expresa mediante el comportamiento.

Valero José, señala que nuestra actitud hacia personas o cosas es indiferente por falta de conocimientos y sostiene que entre los factores más importante en la formación de las actitudes es la acción que sobre ellos ejerce las experiencias personales, así también influye la familia, los compañeros, la educación, los incidentes críticos.

La adolescencia es considerada un periodo de crisis en el ciclo de vida de la persona, debido a que se generan diversos cambios (físicos y emocionales); el adolescente durante este periodo va fortaleciendo su personalidad asimismo evidencia inseguridad, desconfianza y confusión, sobre su sexualidad, predisponiéndolo al desarrollo de conductas sexuales de riesgo una de ellas el aborto.

Durante este periodo el adolescente recibe información sobre su salud sexual y reproductiva, de la familia, escuela, amigos y medios de comunicación, permitiendo que el adolescente desarrolle progresivamente actitudes de rechazo o de aceptación frente a esta problemática.

Álvarez Jorge (2005) señala; entre los resultados más importantes, que existe un acuerdo leve hacia el aborto inducido, pudiéndose evidenciar diferencias con los resultados obtenidos en nuestra investigación, debido a que se realizan en diferentes realidades; entre ellas tenemos el grupo etareo, puesto que el estudio mencionado se aplica a adultos jóvenes quienes ya tienen una personalidad definida en comparación a los adolescentes quienes presentan inmadurez emocional.

Por lo anteriormente mencionado se concluye que la mayoría de adolescentes tienen una actitud de “indiferencia” hacia el tema del aborto inducido, esto se debe probablemente a que durante su formación reciben insuficiente información sobre las repercusiones personales, psíquicas, sociales y/o económicas que ocasiona el aborto inducido, convirtiéndolos en un grupo vulnerable a desarrollar conductas sexuales de riesgo.

CUADRO Nº 3
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL ABORTO
INDUCIDO SEGÚN SEXO DE LOS ADOLESCENTES
INSTITUCIÓN EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS
V.M.T DICIEMBRE 2008

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	SEXO				TOTAL
	FEMENINO		MASCULINO		
	Nº	%	Nº	%	
ALTO	25	26.04	8	11.59	33
MEDIO	66	68.75	56	81.16	122
BAJO	5	5.21	5	7.25	10
TOTAL	96	100.00	69	100.00	165

En el cuadro Nº 3 con respecto al nivel de conocimientos sobre el aborto inducido de los adolescentes según sexo se puede apreciar que del 100% (165); el 68.75% (66) son del sexo femenino y tienen un nivel de conocimientos “medio”; mientras que en el sexo masculino el 81.16% (56) tienen un nivel de conocimientos “medio”.

El aborto inducido es un problema que afecta principalmente al género femenino debido a que su práctica ocasiona consecuencias en la esfera física, emocional y social de la mujer.

Asimismo, la adquisición de información adecuada y oportuna sobre esta problemática, generaría en ambos sexos, actitudes de rechazo hacia el aborto inducido y decisiones saludables sobre su salud sexual y reproductiva.

Jorge Álvarez Díaz (2005) señala que las actitudes por género son coincidentes y equilibradas; coincidiendo con los resultados obtenidos en nuestra investigación.

Por lo anteriormente mencionado se concluye que los adolescentes de ambos sexos tienen un nivel de conocimientos “medio”, no habiendo diferencias según el sexo, dado que es una problemática que involucra a ambos géneros.

CUADRO Nº 4
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL ABORTO
INDUCIDO SEGÚN EDAD DE LOS ADOLESCENTES
INSTITUCIÓN EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS
V.M.T DICIEMBRE 2008

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	EDAD						TOTAL
	12 - 14		14 - 16		16 - 18		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
ALTO	3	13.04	27	23.48	3	11.11	33
MEDIO	18	78.26	81	70.43	23	85.19	122
BAJO	2	8.70	7	6.09	1	3.70	10
TOTAL	23	100.00	115	100.00	27	100.00	165

En el cuadro Nº 4 se puede apreciar que del 100% (165); el 78.26% (18) de los adolescentes tienen entre 12 a 14 años tienen nivel de conocimientos “medio”, el 70.43% (81) está entre 14 a 16 años y tienen nivel de conocimientos “medio” y el 85.19% (23) tienen entre 16 a 18 años y tienen nivel de conocimientos “medio”.

Maddaleno y Breinbauer (2005) desglosan la adolescencia en tres etapas; pre adolescencia al periodo entre los 9 y los 12 años; la adolescencia temprana abarca desde los 12 a los 14 años; la adolescencia intermedia, desde los 14 a los 16; la adolescencia tardía, desde los 16 a los 18.

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales; muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

La información que poseen los adolescentes sobre el conocimiento sexual, sus normas y valores es falsa, lo que los hace doblemente expuestos, por los erróneos conceptos que reciben de sus pares, predisponiéndolos a desarrollar conductas sexuales de riesgo.

Por lo anteriormente mencionado se concluye que los adolescentes de 12 a 18 años en promedio tienen nivel de conocimientos “medio” sobre el aborto inducido, por lo que se considera que los adolescentes se encuentran en un proceso de adquisición de conocimientos sobre la problemática, por lo que es necesario en esta etapa de vida incrementar la información sobre la sexualidad y las consecuencias del aborto en los adolescentes, con la finalidad de que adopten conductas sexuales saludables.

CUADRO Nº 5
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES
HACIA EL ABORTO INDUCIDO DE LOS ADOLESCENTES
INSTITUCIÓN EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS
V.M.T DICIEMBRE 2008

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	ACTITUDES						TOTAL
	ACEPTACIÓN		INDIFERENCIA		RECHAZO		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
ALTO	11	30.55	22	20.18	0	0.00	33
MEDIO	19	52.78	83	76.15	20	100.00	122
BAJO	6	16.67	4	3.67	0	0.00	10
TOTAL	36	100.00	109	100.00	20	100.00	165

1. Las variables son cualitativas.

2. Planteamiento de Hipótesis:

H₀: El nivel de conocimientos sobre el aborto inducido no está relacionado con las actitudes hacia el aborto inducido.

H₁: El nivel de conocimientos sobre el aborto inducido está relacionado con las actitudes hacia el aborto inducido.

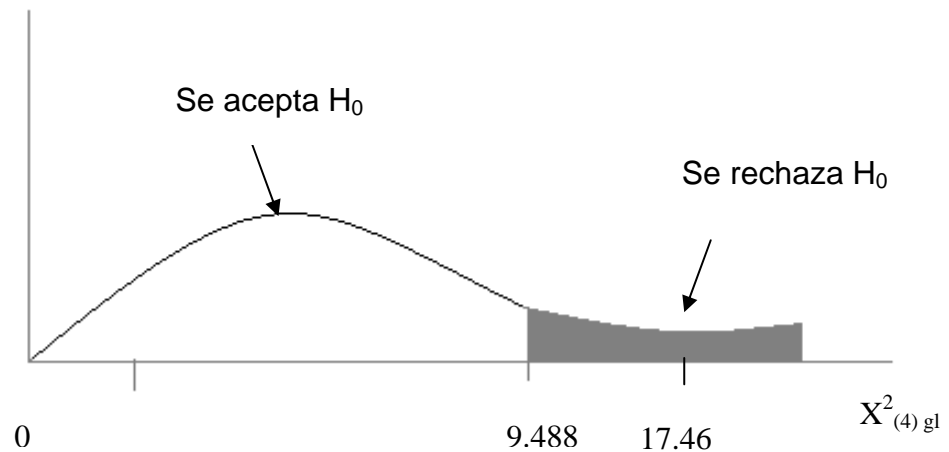
3. Nivel de significancia: alfa = 0.05

$$X^2 = 0.95$$

4. Prueba estadística $X^2_{(gl)} = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$

$$X^2_{(4) gl} = 17.46$$

5. Criterios de Decisión: H_0 se rechazará si, X^2 calculado es mayor o igual al X^2 de la tabla, con 4 grados de libertad, cuyo valor es 9.488



7. Conclusión: Existen suficientes evidencias para afirmar a un nivel de confianza de 95% que el nivel de conocimientos sobre el aborto inducido está relacionado con las actitudes hacia el aborto inducido.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES

- El nivel de conocimientos de los adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas sobre el aborto inducido es “medio”; lo que evidencia que la información que tienen sobre esta problemática es insuficiente; por lo que es considerado un grupo vulnerable a desarrollar conductas sexuales de riesgo, por lo que es fundamental la intervención del personal de enfermería para el incremento de información sobre el aborto inducido.
- Los adolescentes de la Institución educativa Micaela Bastidas tienen actitudes hacia el aborto inducido de “indiferencia”; probablemente porque aun falta incrementar y reforzar los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, lo que va permitir que posteriormente presenten una actitud de rechazo al aborto inducido.
- Los adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas de ambos sexos, tienen un nivel de conocimientos “medio” sobre el

aborto inducido; evidenciándose que los adolescentes tienen información insuficiente sobre el aborto inducido y sus consecuencias, debido a que durante su desarrollo adquieren mayor información sobre temas de salud sexual y reproductiva de sus pares, por lo que se consideran un grupo vulnerable a desarrollar conductas sexuales de riesgo.

- Los adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas de edades entre 12 a 18 años tienen un nivel de conocimientos “medio”; dado que se encuentran en un proceso de adquisición de conocimientos sobre el aborto, siendo un grupo vulnerable a desarrollar conductas sexuales de riesgo, debido a que la información que tienen sobre salud sexual y reproductiva es insuficiente.
- Al analizar los resultados obtenidos se acepta la hipótesis de estudio: H_1 : El 70% de los adolescentes presentan un nivel de conocimientos medio y actitudes de indiferencia hacia el aborto inducido.
- Al establecer la relación entre el nivel de conocimientos y actitudes hacia el aborto inducido, mediante la prueba de chi cuadrado se obtuvo que existe estadísticamente una relación significativa entre los conocimientos y las actitudes hacia el aborto inducido por lo que se acepta la hipótesis de investigación: H_1 : El nivel de conocimientos sobre el aborto inducido está relacionado con las actitudes hacia el aborto inducido.

B. RECOMENDACIONES

- Capacitar al personal docente de la Institución Educativa sobre temas como: la adolescencia, sexualidad, comportamientos sexuales.
- Diseñar e implementar talleres sobre conductas o comportamientos sexuales y de esta manera orientarlos hacia una vida sexual segura y responsable.
- Realizar trabajos similares con métodos cualitativos, entrevistas personales, grupos focales.

C. LIMITACIONES

- Los resultados del presente estudio no se pueden extrapolar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Aborto sin Riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud, 2003, p. 15.
- (2) FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, The State of World Population 2004: The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty, New York, 2004, p. 76.
- (3) GARY CUNNINGHAM, Obstetricia de Williams, ed. Mc Graw Hill, 22 ed, México, 2006, p. 241.
- (4) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, La Salud de las Américas, Volumen I, Washington Estados Unidos de América, 2007, p. 1245.
- (5) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS), Situación de salud de las Américas. Indicadores Básicos. Washington, D.C. 2001, p. 175.
- (6) MINISTERIO DE SALUD, Oficina General de Estadística e Informática, Lima – Perú, 2006, p. 2.
- (7) FERRANDO DELICIA, El aborto clandestino en el Perú; Hechos y cifras. CMP Flora Tristán-Pathfinder Internacional, Lima, 2002, p. 27.
- (8) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Lima y Callao, 2006, p. 59.
- (9) SAAVEDRA VÉLEZ Cristina Hortensia; Sexo, anticoncepción, embarazo y aborto: Experiencias entre las estudiantes de enfermería en Veracruz y Chiapas, México, 2006, p. 19.

- (10) ÁLVAREZ DÍAZ Jorge Alberto, Análisis Bioético de las actitudes de los estudiantes de la facultad de Medicina, Universidad Autónoma de México, ciudad de Juárez ante la interrupción voluntaria del embarazo, México, 2005, p. 197.
- (11) SÁNCHEZ QUESADA Verónica Nelly, Factores Socioreproductivos y su relación con el aborto provocado – Instituto Especializado Materno Perinatal, Lima, 2004, pp. 49,50.
- (12) FLORINDEZ CHAVEZ Ghicly, Factores Socioculturales, económicos y reproductivos asociados a mujeres con aborto provocado vs mujeres con aborto espontáneo y puérperas inmediatas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, 2003, p. 58.
- (13) OBREGÓN ZEGARRA Eva, Perfil Epidemiológico del aborto en adolescentes del Instituto Especializado Materno Perinatal del 1º de Julio al 31 de Diciembre, Lima, 2004, p. 30,31.
- (14) BUNGE Mario, La Ciencia, su método y su filosofía, Ediciones Siglo Veinte, Buenos Aires, 2000, p. 14.
- (15) HESSEN Johannes, Teoría del Conocimiento, Ed. Losada, Buenos Aires, 1985, p. 13.
- (16) HARTNACK, Justus, La Teoría Del Conocimiento De Kant, 6ta ed., Editorial: Cátedra, 1988, p. 45.
- (17) LOCKE John, Ensayo sobre el entendimiento Humano, Segunda Edición, México, 2002, p. 22.
- (18) ROKEACH Milton, Naturaleza de las Actitudes, en Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales, Vol. 1, Madrid, España, 1974, p. 21.
- (19) VALERO GARCÍA José María, La Escuela que yo quiero, Editorial Progreso, México, 1989, p. 65.

- (20) GONZALEZ BOSQUET, Obstetricia, Editorial Masson, quinta edición, Barcelona, España, 2006, p. 435.
- (21) GUTIÉRREZ RAMOS Miguel, El Aborto: Atención humanizada de sus complicaciones como estrategia para la disminución de la mortalidad materna, Lima, Perú, 2005, p. 80.
- (22) GISPert CRUELLS JORGE, Conceptos de Bioética y responsabilidad médica. 3^{ra} ed., Manual Moderno, México, 2005, pág 140.
- (23) Ibíd. (22) p. 135
- (24) Ibíd. (22) p. 135
- (25) Ibíd. (22) p. 135
- (26) Ibíd. (22) p. 135
- (27) CÓDIGO PENAL, Decreto Legislativo N° 635, Perú, 1991, pp. 40, 41.
- (28) CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ, Congreso de la República, Perú, 1993, artículo 2.
- (29) PAPALIA Diane. "Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia" 5^{ed}, España, Editorial Mc Graw-Hill; 1992, p. 707.
- (30) FLORENZANO URSUA, Ramón; El Adolescente y sus Conductas de Riesgo, 2^{da} ed.; Ed. Universidad Católica DE Chile; 2002, p. 30.

BIBLIOGRAFÍA

- ALVA Javier, Piensa en ellos/ Iniciativas para desarrollar Servicios de calidad en la atención de salud de los jóvenes, Lima, Abril, 2001.
- BEREK Jonathan. "Ginecología de Novak" 13° ed. España, Editorial Mc Graw-Hill; 2004.
- BERVIAN P. A, Metodología Científica, Ed. Mc Graw Hill, México, 1987.
- CALDERÓN Gladys, Crecimiento y Desarrollo del Ser Humano, editorial Medellín, 1ra edición, Colombia, 1995.
- CANALES, F. H., "Metodología de la Investigación" 2° edic. editorial Limusa. México 2000.
- CARRIL BERRO Elina, Entre el alivio y el dolor: Mujeres, aborto Voluntario y subjetividad, Editorial Trilce, Montevideo, Uruguay, 2008,
- CUNNINGHAM Gary F., Obstetricians de Williams, Editorial Mc Graw Hill, 22 ed., Mexico, 2006.
- GONZÁLEZ María Isabel, Sexualidad Adolescente, Año 4, No. 9, Edición Octubre 2004.
- HORROCKS John. "Psicología de la Adolescencia" 4° ed. Editorial Trillas, México, 1990.
- HURLOCK Elizabeth B.; Psicología de la Adolescencia; Ed. Paidos; México 1994.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA, Encuesta Demográfica y de salud familiar (ENDES IV), Lima y Callao, 2002.
- INSTITUTO MATERNO PERINATAL, Manual de Adolescencia y Salud Reproductiva, Lima, 2000.
- LUDMIR Abraham. "Ginecología y Obstetricia" 1° ed., Editorial Talleres de Forma Imagen. Lima, 1996.

- MADDALENO MATILDE; La Salud del Adolescente Joven; OPS; Publicación científica N° 552, 2005.
- MARSELLACH UMBERT Gloria, La autoestima en los adolescentes, http://ciudadfutura.net/psico/articulos/autoestima_nya.htm.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Salud Sexual, 2007, <http://www.who.int/research/es/>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Métodos médicos de interrupción del embarazo, Ginebra, 1997.
- PALACIO DE MUÑOZ, Hiroshima; La Adolescencia, 2da edición, editorial mercurio, 1997.
- PAPALIA Diane. "Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia" 5ªed, España, Editorial Mc Graw-Hill; 1992.
- PORTILLA MENDOZA Julio, Adolescencia y Salud Reproductiva, Instituto Materno Perinatal, Lima, Perú, 2000.
- POLIT, D: "Investigación Científica en Ciencias de la Salud" Editorial Interamericana 5ªedic. México 1998.
- QUINTANA SANCHEZ ALICIA; Construcción Social de la Sexualidad Adolescente, 2da ed., editorial Madrid, Lima 1997.
- RED LATINOAMERICANA DE CATOLICOS POR EL DERECHO A DECIDIR, Conciencia Latinoamericana, Vol. XLV, N°11, Colombia, Julio 2005.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CONTRACEPCIÓN, Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia, España, 2005.
- SUZANNE R. Trupin, Aborto Inducido, México, 2005.
- WHALEY & WONG ENFERMERIA PEDIATRICA., Mosby Doima Libros, 1ra edición, Editorial Mc Graw-Hill, España, 1995.

ANEXOS

ANEXO (A)

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL
Nivel de conocimientos sobre aborto inducido.	Es la representación mental de las propiedades esenciales de un objeto que el sujeto ha estructurado y a almacenado en su	<ul style="list-style-type: none"> • Definición • Tipos • Causas • Consecuencias - Físicas - Psicológicas 	Es la información básica y elemental que refieren los adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas sobre el aborto	<p style="text-align: center;">Alto</p> <p style="text-align: center;">Medio</p> <p style="text-align: center;">Bajo</p>

Actitud hacia el aborto inducido.	<p>mente.</p> <p>Es una disposición aprendida por la persona para responder situaciones, objetos, personas, e instituciones de manera favorable o desfavorable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Métodos • Definición de ser humano. • Opiniones sobre el aborto inducido. • Legalización y Penalización del aborto. • Causas para la realización del aborto. • Decisión sobre la práctica del aborto. • Consecuencias. 	<p>inducido, lo cual se medirá a través de un cuestionario.</p> <p>Son las disposiciones hacia la práctica del aborto inducido que tienen los adolescentes de la Institución Educativa Micaela Bastidas, lo cual se medirá a través de una escala lickert modificada.</p>	<p>Aceptación</p> <p>Indiferencia</p> <p>Rechazo</p>
-----------------------------------	---	--	---	--

ANEXO (B)



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
Escuela Académico Profesional de Enfermería

CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN

Buenos días soy Milagros Palomino Sahuiña, estudiante de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, estoy realizando la presente investigación que tiene por objetivo identificar los conocimientos que tienen los adolescentes sobre el aborto inducido, Agradezco por anticipado tu colaboración, respondiendo a las preguntas en forma sincera y honesta. Muchas Gracias.

INSTRUCCIONES

El presente cuestionario es estrictamente anónimo por lo que no necesitas escribir tus nombres ni apellidos; te agradeceré que leas cuidadosamente cada una de las preguntas y respondas lo que para ti es la respuesta más adecuada; deberás responder marcando con un aspa (X) o completar los espacios en blanco.

I. DATOS GENERALES:

1. Edad (años cumplidos):

2. Sexo:

- a. Femenino
- b. Masculino

3. Lugar de Nacimiento:.....

4. Año de Estudios:

- a. Tercer año
- b. Cuarto año
- c. Quinto año

II. CONTENIDO:

1. ¿Cómo definirías al aborto provocado o inducido?

- a. Es la interrupción del embarazo después de las 20 semanas de gestación.
- b. Es la interrupción del embarazo por enfermedad materna y del feto.
- c. Es la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas de gestación.
- d. Es la interrupción del embarazo espontáneamente.

2. ¿Cuáles son los tipos de aborto provocado?

- a. Espontáneo, voluntario.
- b. Voluntario, terapéutico.
- c. Terapéutico, espontáneo

d. accidental, voluntario.

3. ¿Cuál crees que sea la principal causa para la realización de un aborto inducido o provocado?

a. Para continuar el colegio y no sentir vergüenza por el embarazo.

b. Falta de apoyo y abandono de la pareja.

c. Miedo a la reacción o actitud de los padres frente al embarazo.

d. Para salvar la vida de la madre si el embarazo pone en peligro su vida.

4. ¿Es considerado ser humano, producto de la concepción, en las primeras fases de desarrollo del embrión (células resultado de la fecundación del óvulo por el espermatozoide)?

a. Si

b. No

5. ¿Cuáles son las consecuencias que ocasiona el aborto en la esfera física de la mujer?

a. Posteriores abortos espontáneos, pesadillas.

b. Infecciones, Esterilidad, hemorragias.

c. Esterilidad, sentimiento de culpa.

d. Infecciones, intenso interés por los bebés.

6. ¿Cuáles son las consecuencias que ocasiona el aborto en la esfera psicológica de la mujer?

a. Incapacidad de perdonarse, infecciones

b. Retraimiento, esterilidad.

c. Sentimientos de culpa, impulsos suicidas

d. Remordimiento, esterilidad.

7. Actualmente, ¿En el Perú se encuentra legalizado el aborto?

a. Si

b. No

8. ¿Cuál es el método quirúrgico para realizar un aborto?

a. La extracción del feto por la aplicación de inyecciones en la vena.

b. La extracción del feto por la ingesta de hierbas.

c. La extracción del feto por el uso de una legra (instrumento cortante).

d. La extracción del feto por la ingesta de pastillas.

9. ¿Cuáles son los métodos químicos para realizar un aborto?

a. La extracción del feto por el uso de una legra (instrumento cortante) y hierbas.

b. La extracción del feto por la aplicación de inyecciones en la vena y pastillas.

c. La extracción del feto por la ingesta de hierbas medicinales y pastillas.

d. La extracción del feto a través de una cesárea y el uso de inyecciones.

10. ¿Cuál es la finalidad del aborto terapéutico?

- a. Continuar con el colegio.
- b. Evitar ser madres solteras.
- c. Salvar la vida de la gestante.
- d. Temor y vergüenza al embarazo.

11. ¿Desde cuándo el producto de la concepción, es considerado un ser humano?

- a. Desde el funcionamiento del corazón del feto.
- b. Desde la unión del óvulo con el espermatozoide.
- c. Desde el funcionamiento del cerebro del feto.
- d. Desde la formación de todas las partes del cuerpo del feto.

12. ¿En qué consiste el método de Legrado uterino para realizar un aborto inducido?

- a. Consiste en dilatar el cuello uterino, y se utiliza un instrumento quirúrgico, que se introduce en el útero y se saca al feto en pedazos y se remueve.
- b. Consiste en introducir una larga aguja y se inyecta una solución salina en el saco embrionario y el feto es quemado por la sal hasta que muere.

- c. Consiste en succionar por una jeringa el contenido del útero y el feto es arrojado del vientre materno hecho pedazos.
- d. Consiste en que el médico abre el vientre de la madre, saca el feto y muere.

13. ¿En qué consiste el método de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) para realizar un aborto inducido?

- a. Consiste en dilatar el cuello uterino, y se utiliza un instrumento quirúrgico, que se introduce en el útero y se saca al feto en pedazos y se remueve.
- b. Consiste en introducir una larga aguja y se inyecta una solución salina en el saco embrionario y el feto es quemado por la sal hasta que muere.
- c. Consiste en succionar por una jeringa el contenido del útero y el feto es arrojado del vientre materno hecho pedazos.
- d. Consiste en que el médico abre el vientre de la madre, saca el feto y muere.

14. ¿En qué consiste el método de irrigación salina para realizar un aborto inducido?

- a. Consiste en dilatar el cuello uterino, y se utiliza un cuchillo curvo, que se introduce en el útero y se pica al feto en pedazos y se remueve.
- b. Consiste en introducir una larga aguja y se inyecta una solución en el saco embrionario y el feto es quemado por la sal hasta que muere.

- c. Consiste en aspirar el contenido del útero y el feto es arrojado del vientre materno hecho pedazos.
- d. Consiste en que el médico abre el vientre de la madre, saca el feto y muere.

MUCHAS GRACIAS

ANEXO (C)

CODIFICACIÓN DE LOS DATOS (CUESTIONARIO - CONOCIMIENTOS SOBRE EL ABORTO INDUCIDO)

PREGUNTAS

1. a (0) b (0) c (1) d (0)
2. a (0) b (0) c (1) d (0)
3. a (0) b (0) c (0) d (1)
4. a (1) b (0)
5. a (0) b (1) c (0) d (0)
6. a (0) b (0) c (1) d (0)
7. a (1) b (0)
8. a (0) b (0) c (1) d (0)
9. a (0) b (1) c (0) d (0)
10. a (0) b (0) c (1) d (0)
11. a (1) b (1) c (0) d (0)
12. a (1) b (0) c (0) d (0)
13. a (0) b (0) c (1) d (0)
14. a (0) b (1) c (0) d (0)

ANEXO (D)



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Facultad de Medicina

Escuela Académico Profesional de Enfermería

ESCALA DE ACTITUDES

INTRODUCCIÓN

Buenos días soy Milagros Palomino Sahuiña, estudiante de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, estoy realizando la presente investigación que tiene por objetivo identificar las actitudes que tienen los adolescentes hacia el aborto inducido, Agradezco por anticipado tu colaboración, respondiendo a las preguntas en forma sincera y honesta. Muchas Gracias.

INSTRUCCIONES

La presente escala es estrictamente anónima por lo que no necesitas escribir tus nombres ni apellidos; te agradeceré que leas cuidadosamente cada uno de los enunciados y respondas lo que para ti es la respuesta más adecuada; deberás responder marcando con un aspa (X).

Totalmente de acuerdo (TA)

Acuerdo (A)

Indiferente (I)

Desacuerdo (DA)

Totalmente desacuerdo (TDA)

Ejemplo:

ENUNCIADOS	TA	A	I	DA	TDA
Me gusta ir a bailar los sábados		X			

ENUNCIADOS	TA	A	I	DA	TDA
1. Estoy segura que la unión del ovulo y espermatozoide es un ser humano.					
2. Considero que, es mejor tener un aborto provocado que tener un niño no deseado.					
3. Si yo me realizo un aborto entonces voy a la cárcel.					
4. Considero despreciables a las mujeres que se han realizado un aborto.					
5. Desearía firmar una petición para hacer legal el aborto en el Perú.					
6. Si yo gobernara proveería fondos para apoyar a clínicas y hospitales para que realicen abortos en forma segura.					
7. Nadie debe tomar una decisión para interrumpir mi					

embarazo puesto que sería despreciable hacerlo.					
8. Apoyo al aborto despenalizado que ponga en peligro la vida de la madre.					
9. Considero que la unión del óvulo y espermatozoide solo son células.					
10. Es despreciable realizarse un aborto provocado.					
11. La legalización del aborto no garantiza la reducción de complicaciones.					
12. El aborto provocado o inducido es una rápida solución a mis problemas.					
13. Pienso que como adolescente me realizaría un aborto inducido ya que imposibilitaría que termine mis estudios secundarios.					
14. Desearía que reciban un castigo las adolescentes y médicos que realizan abortos.					
15. Apoyo al Gobierno para invertir en la promoción de actividades para prevenir los embarazos no deseados.					
16. La adolescente es la única que puede decidir si realiza el aborto inducido.					
17. Las malformaciones en mi bebe no son causa para interrumpir mi embarazo.					
18. Es mejor legalizar el aborto para evitar las complicaciones del aborto.					

MUCHAS GRACIAS

ANEXO (E)

CODIFICACIÓN DE LOS DATOS (ESCALA LICKERT MODIFICADA – ACTITUDES HACIA EL ABORTO INDUCIDO)

ENUNCIADOS

Positivos	TA	A	I	DA	TDA
1, 3, 4, 7, 10, 11, 14, 15, 17	5	4	3	2	1
Negativos					
9, 12, 8, 16, 2, 18, 5, 6, 13	1	2	3	4	5

ANEXO (F)

VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS (CUESTIONARIO – ESCALA LICKERT MODIFICADA)

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	Nº DE JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035
4	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
8	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

Se observa que para cada Ítem $p < 0.05$ por lo tanto la concordancia es significativa, por lo que se considera los instrumentos Validos.

ANEXO (G)

PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO - CONOCIMIENTOS SOBRE EL ABORTO INDUCIDO - KUDER RICHARSON (K-R)

$$\text{Confiabilidad: } \frac{k}{K - 1} \left[\frac{1 - \sum p_i q_i}{S_x^2} \right] = K - R$$

K: N° de preguntas o Ítems.

P_i: Proporción de éxito, es decir proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio.

q_i: 1 – p_i ; proporción donde no se identifica el atributo en estudio.

S_x²: Varianza de la prueba X.

$$0 < K - R < 1$$

Si $k - R > 0.6$ refleja un mayor grado de congruencia interna.

> 60% confiabilidad alta

> 70 % es más confiable.

$$X = 6.14$$

$$S_x^2 = 10.0004$$

$$\sum p_i q_i = 3.15$$

$$\text{Coeficiente Kuder - Richarson} = \frac{14}{13} \left[\frac{1 - \frac{3.15}{10.0004}}{10.0004} \right] = 0.74$$

(73.77%)

Al obtenerse un valor de 73.77% en la prueba de Kuder Richarson, se concluye que el instrumento es confiable.

ANEXO (H)

PRUEBA DE CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE LICKERT MODIFICADA – ACTITUDES HACIA EL ABORTO INDUCIDO - COEFICIENTE DE ALFA DE CROMBACH (α)

$$\text{Confiabilidad} = \frac{K}{K-1} \left\{ 1 - \frac{\sum Si^2}{Sx^2} \right\} = \alpha$$

Si^2 : Varianza del ítem i.

Sx^2 : Varianza de la prueba X.

K: Número de ítems.

Si $\alpha > 0.6$ hay confiabilidad buena

> 60% confiabilidad alta

K = 18

K-1 = 17

$\sum Si^2 = 33.0872$

$Sx^2 = 80.1456$

Reemplazando:

$$\text{Coeficiente de } \alpha \text{ de Crombach} = \frac{18}{17} \left\{ 1 - \frac{33.0872}{80.1456} \right\} = 0.6217 = 62.17\%$$

Al obtenerse un valor de 62.17% en la prueba del Coeficiente de Alfa de Crombach, se concluye que el instrumento es confiable.

ANEXO (I)

PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

AULAS	HORAS	DICIEMBRE				
		01	02	03	04	05
3^{RO} A	8:20 – 9:00					X
3^{RO} B	12:50 – 1:35				X	
3^{RO} C	11:20 – 12:05			X		
4^{TO} A	11:20 – 12:05					X
4^{TO} B	11:20 12:05	X				
5^{TO} A	8:20 – 9:00		X			
5^{TO} B	11:20 – 12:05					X

ANEXO (J)

CATEGORIZACION DE LA VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ABORTO INDUCIDO.

Para realizar la medición de la variable nivel de conocimientos sobre aborto inducido se procedió de la siguiente forma:

Promedio (\bar{x}) = 6.14

Desviación Estándar: $S = 3.1623$ $S^2 = 10.0004$

Número de preguntas: 14

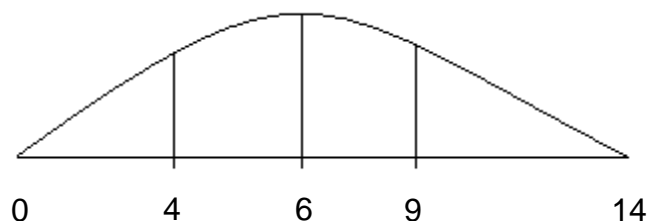
Luego se aplicó la escala de Estanones, donde:

a. $\bar{x} - (0.75) (S)$

$$6.14 - (0.75) (3.16) = 3.77 \sim 4$$

b. $\bar{x} + (0.75) (S)$

$$6.14 + (0.75) (3.16) = 8.51 \sim 9$$



Alto : 9 – 14

Medio : 4 – 8

Bajo : 0 – 3

ANEXO (K)

CATEGORIZACION DE LA VARIABLE ACTITUDES HACIA EL ABORTO INDUCIDO.

Para realizar la medición de la variable actitudes hacia el aborto inducido se procedió de la siguiente forma:

Promedio (\bar{x}) = 63.12

Desviación Estándar: $S = 8.9524$ $S^2 = 80.1456$

Número de preguntas: 18

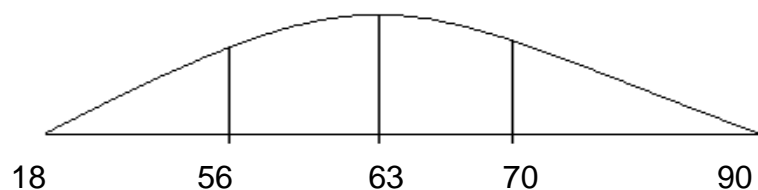
Luego se aplicó la escala de Estanones, donde:

a. $\bar{x} - (0.75) (S)$

$$63.12 - (0.75) (8.9524) = 56.40 \sim 56$$

b. $\bar{x} + (0.75) (S)$

$$63.12 + (0.75) (8.9524) = 69.83 \sim 70$$



Rechazo : 70 – 90

Indiferencia : 56 – 69

Aceptación : 18 – 55

ANEXO (L)

RELACION DE ADOLESCENTES SEGÚN EDAD

INSTITUCIÓN EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS

V.M.T DICIEMBRE 2008

EDADES	ADOLESCENTES	
	Nº	%
12 - 14	23	13.94
14 - 16	115	69.70
16 - 18	27	16.36
TOTAL	165	100.00

ANEXO (M)

RELACION DE ADOLESCENTES SEGÚN SEXO

INSTITUCIÓN EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS

V.M.T DICIEMBRE 2008

SEXO	ADOLESCENTES	
	Nº	%
Femenino	96	58.18
Masculino	69	41.82
TOTAL	165	100.00

ANEXO (N)

**DEFINICIÓN DE ABORTO INDUCIDO QUE TIENEN LOS
ADOLESCENTES INSTITUCION EDUCATIVA**

MICAELA BASTIDAS V.M.T

DICIEMBRE 2008

DEFINICIÓN DE ABORTO INDUCIDO	ADOLESCENTES	
	Nº	%
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO DESPUES DE LAS 20 SEMANAS DE GESTACION.	26	15.76
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO POR ENFERMEDAD MATERNA Y FETAL.	36	21.82
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO ANTES DE LAS 20 SEMANAS DE GESTACIÓN.	58	35.15
INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO ESPONTANEAMENTE.	45	27.27
TOTAL	165	100.00

ANEXO (O)

**CONOCIMIENTOS SOBRE TIPOS DE ABORTO
INDUCIDO QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES**

INSTITUCION EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS

V.M.T DICIEMBRE 2008

CONOCIMIENTOS	ADOLESCENTES	
	Nº	%
ESPONTANEO, VOLUNTARIO	39	23.64
VOLUNTARIO, TERAPEUTICO	28	16.97
TERAPEUTICO, VOLUNTARIO	29	17.57
ACCIDENTAL, VOLUNTARIO	69	41.82

TOTAL	165	100.00

ANEXO (P)

**CONOCIMIENTOS SOBRE LAS CAUSAS PARA REALIZAR UN
ABORTO INDUCIDO QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES
INSTITUCION EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS
V.M.T DICIEMBRE 2008**

CONOCIMIENTOS	ADOLESCENTES	
	Nº	%
CONTINUAR EL COLEGIO Y VERGÜENZA POR EL EMBARAZO.	37	22.42
FALTA DE APOYO Y ABANDONO DE LA PAREJA.	74	44.85
MIEDO A LA ACTITUD DE LOS PADRES POR EL EMBARAZO.	41	24.85
SALVAR LA VIDA DE LA MADRE SI EL EMBARAZO PONE EN PELIGRO SU VIDA	13	7.88
TOTAL	165	100.00

ANEXO (Q)

CONOCIMIENTOS SOBRE LAS CONSECUENCIAS DEL ABORTO

EN LA ESFERA FISICA QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES

INSTITUCION EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS

V.M.T DICIEMBRE 2008

CONOCIMIENTOS	ADOLESCENTES	
	Nº	%
POSTERIORES ABORTOS ESPONTANEOS, PESADILLAS	13	7.88
INFECCIONES, ESTERILIDAD, HEMORRAGIAS.	104	63.03
ESTERILIDAD, SENTIMIENTOS DE CULPA.	40	24.24
INFECCIONES, INTERES POR LOS BEBES.	8	4.85
TOTAL	165	100.00

ANEXO (R)

CONOCIMIENTOS SOBRE LAS CONSECUENCIAS DEL ABORTO

EN LA ESFERA PSICOLÓGICA QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES

INSTITUCION EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS

V.M.T DICIEMBRE 2008

CONOCIMIENTOS	ADOLESCENTES	
	Nº	%
INCAPACIDAD DE PERDONARSE, INFECCIONES	24	14.55
RETRAIMIENTO, ESTERILIDAD.	9	5.45
SENTIMIIENTOS DE CULPA, IMPULSOS SUICIDAS.	94	56.97
REMORDIMIENTOS, ESTERILIDAD.	38	23.03

TOTAL	165	100.00
--------------	------------	---------------

ANEXO (S)

**CONOCIMIENTOS SOBRE LA LEGALIZACIÓN DEL ABORTO
EN EL PERÚ QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES
INSTITUCION EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS**

V.M.T DICIEMBRE 2008

CONOCIMIENTOS	ADOLESCENTES	
	Nº	%
SI	40	24.24
NO	125	75.76
TOTAL	165	100.00

ANEXO (T)

**CONOCIMIENTOS SOBRE LOS MÉTODOS QUIRURGICOS PARA
REALIZAR UN ABORTO QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES
INSTITUCION EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS**

V.M.T DICIEMBRE 2008

CONOCIMIENTOS	ADOLESCENTES	
	Nº	%
APLICACIÓN DE INYECCIONES EN LA VENA.	29	17.58
INGESTA DE HIERBAS.	6	3.64
USO DE UNA LEGRA.	106	64.24
INGESTA DE PASTILLAS.	24	14.54

TOTAL	165	100.00

ANEXO (U)
CONOCIMIENTOS SOBRE LOS MÉTODOS QUÍMICOS
PARA REALIZAR UN ABORTO QUE TIENEN LOS
ADOLESCENTES INSTITUCION EDUCATIVA
MICAELA BASTIDAS V.M.T
DICIEMBRE 2008

CONOCIMIENTOS	ADOLESCENTES	
	Nº	%
USO DE UNA LEGRA Y HIERBAS.	32	19.40
APLICACIÓN DE INYECCIONES EN LA VENA Y PASTILLAS.	54	32.73
INGESTA DE HIERBAS MEDICINALES Y PASTILLAS.	37	22.42
APLICACIÓN DE INYECCIONES Y CESAREA.	42	25.45
TOTAL	165	100.00

ANEXO (V)
CONOCIMIENTOS SOBRE LA FINALIDAD DEL ABORTO
TERAPEUTICO QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES
INSTITUCION EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS
V.M.T DICIEMBRE 2008

CONOCIMIENTOS	ADOLESCENTES	
	Nº	%
CONTINUAR EL COLEGIO.	22	13.33
EVITAR SER MADRES SOLTERAS.	33	20.00
SALVAR LA VIDA DE LA GESTANTE.	42	25.46

TEMOR Y VERGÜENZA AL EMBARAZO.	68	41.21
TOTAL	165	100.00

ANEXO (W)

**CONOCIMIENTOS SOBRE LA DEFINICIÓN DE SER
HUMANO QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES
INSTITUCION EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS
V.M.T DICIEMBRE 2008**

CONOCIMIENTOS	ADOLESCENTES	
	Nº	%
DESDE EL FUNCIONAMIENTO DEL CORAZÓN DEL FETO.	14	8.48
DESDE LA UNIÓN DEL ÓVULO CON EL ESPERMATOZOIDE.	117	70.92
DESDE EL FUNCIONAMIENTO DEL CEREBRO DEL FETO.	7	4.24
DESDE LA FORMACIÓN DE TODAS LAS PARTES DEL CUERPO DEL FETO.	27	16.36
TOTAL	165	100.00

ANEXO (X)

CONOCIMIENTOS SOBRE EL MÉTODO DE LEGRADO

UTERINO QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES

INSTITUCION EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS

V.M.T DICIEMBRE 2008

CONOCIMIENTOS	ADOLESCENTES	
	Nº	%
DILATACION DEL CUELLO UTERINO, UTILIZANDO UN INSTRUMENTO QUIRURGICO PARA SACAR AL FETO EN PEDAZOS.	81	49.09
INTRODUCCIÓN DE UNA LARGA AGUJA Y SE INYECTA UNA SOLUCIÓN SALINA EN SACO EMBRIONARIO Y EL FETO ES QUEMADO POR LA SAL.	36	21.82
SUCCION POR UNA JERINGA EL CONTENIDO DEL UTERO Y EL FETO ES ARROJADO DEL VIENTRE MATERNO HECHO PEDAZOS.	37	22.42
EL MEDICO ABRE EL VIENTRE MATERNO, SACA AL FETO Y MUERE.	11	6.67
TOTAL	165	100.00

ANEXO (Y)

CONOCIMIENTOS SOBRE EL MÉTODO DE ASPIRACIÓN

MANUAL ENDOUTERINA QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES

INSTITUCION EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS

V.M.T DICIEMBRE 2008

CONOCIMIENTOS	ADOLESCENTES	
	Nº	%
DILATACION DEL CUELLO UTERINO, UTILIZANDO UN INSTRUMENTO QUIRURGICO PARA SACAR AL FETO EN PEDAZOS.	33	20.00
INTRODUCCIÓN DE UNA LARGA AGUJA Y SE INYECTA UNA SOLUCIÓN SALINA EN SACO EMBRIONARIO Y EL FETO ES QUEMADO POR LA SAL.	45	27.27
SUCCION POR UNA JERINGA EL CONTENIDO DEL UTERO Y EL FETO ES ARROJADO DEL VIENTRE MATERNO HECHO PEDAZOS.	75	45.46
EL MEDICO ABRE EL VIENTRE MATERNO, SACA AL FETO Y MUERE.	12	7.27
TOTAL	165	100.00

ANEXO (Z)

CONOCIMIENTOS SOBRE EL MÉTODO DE IRRIGACIÓN

SALINA QUE TIENEN LOS ADOLESCENTES

INSTITUCION EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS

DICIEMBRE 2008

CONOCIMIENTOS	ADOLESCENTES	
	Nº	%
DILATACION DEL CUELLO UTERINO, UTILIZANDO UN INSTRUMENTO QUIRURGICO PARA SACAR AL FETO EN PEDAZOS.	34	20.60
INTRODUCCIÓN DE UNA LARGA AGUJA Y SE INYECTA UNA SOLUCIÓN SALINA EN SACO EMBRIONARIO Y EL FETO ES QUEMADO POR LA SAL.	66	40.00
SUCCION POR UNA JERINGA EL CONTENIDO DEL UTERO Y EL FETO ES ARROJADO DEL VIENTRE MATERNO HECHO PEDAZOS.	49	29.70
EL MEDICO ABRE EL VIENTRE MATERNO, SACA AL FETO Y MUERE.	16	9.70
TOTAL	165	100.00

ANEXO (A1)
ACTITUDES HACIA LA DEFINICIÓN DE SER HUMANO DESDE LA
CONCEPCIÓN SEGÚN LOS ADOLESCENTES
INSTITUCIÓN EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS
V.M.T DICIEMBRE 2008

ACTITUDES	ADOLESCENTES	
	Nº	%
ACEPTACIÓN	116	70.30
INDIFERENTE	45	27.27
RECHAZO	4	22.43
TOTAL	165	100.00

ANEXO (A2)
ACTITUDES HACIA LA DEFINICIÓN DE SER HUMANO DESDE LA
FORMACIÓN DE CELULAS SEGÚN LOS ADOLESCENTES
INSTITUCIÓN EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS
V.M.T DICIEMBRE 2008

ACTITUDES	ADOLESCENTES	
	Nº	%
ACEPTACIÓN	13	7.88
INDIFERENTE	110	66.67
RECHAZO	42	25.45
TOTAL	165	100.00

ANEXO (A3)
ACTITUDES HACIA LAS CONSECUENCIAS PENALES PARA LA
GESTANTE QUE SE REALIZA UN ABORTO INDUCIDO SEGÚN
LOS ADOLESCENTES INSTITUCIÓN EDUCATIVA MICAELA
BASTIDAS V.M.T DICIEMBRE 2008

ACTITUDES	ADOLESCENTES	
	Nº	%
ACEPTACIÓN	31	18.79
INDIFERENTE	110	66.67
RECHAZO	24	15.54
TOTAL	165	100.00

ANEXO (A4)
ACTITUDES HACIA EL ABORTO INDUCIDO PARA LA SOLUCION
DE PROBLEMAS DE LA GESTANTE SEGÚN LOS
ADOLESCENTES INSTITUCIÓN EDUCATIVA
MICAELA BASTIDAS V.M.T
DICIEMBRE 2008

ACTITUDES	ADOLESCENTES	
	Nº	%
ACEPTACIÓN	10	9.09
INDIFERENTE	73	13.33
RECHAZO	82	77.58
TOTAL	165	100.00

ANEXO (A5)

**ACTITUDES HACIA LAS MUJERES QUE REALIZAN UN ABORTO
INDUCIDO SEGÚN LOS ADOLESCENTES
INSTITUCIÓN EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS
V.M.T DICIEMBRE 2008**

ACTITUDES	ADOLESCENTES	
	Nº	%
ACEPTACIÓN	46	27.88
INDIFERENTE	88	53.33
RECHAZO	31	18.79
TOTAL	165	100.00

ANEXO (A6)

**ACTITUDES HACIA EL ABORTO INDUCIDO SI SE
ENCUENTRA EN PELIGRO LA VIDA DE LA MADRE SEGÚN LOS
ADOLESCENTES INSTITUCIÓN EDUCATIVA MICAELA
BASTIDAS V.M.T DICIEMBRE 2008**

ACTITUDES	ADOLESCENTES	
	Nº	%
ACEPTACIÓN	18	10.91
INDIFERENTE	79	47.88
RECHAZO	68	41.21
TOTAL	165	100.00

ANEXO (A7)
ACTITUDES HACIA EL ABORTO INDUCIDO PARA EVITAR NIÑOS
NO DESEADOS SEGÚN LOS ADOLESCENTES INSTITUCIÓN
EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS V.M.T
DICIEMBRE 2008

ACTITUDES	ADOLESCENTES	
	Nº	%
ACEPTACIÓN	11	6.67
INDIFERENTE	89	52.12
RECHAZO	65	39.39
TOTAL	165	100.00

ANEXO (A8)
ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS QUE TOMAN
DECISIONES POR LA GESTANTE PARA REALIZAR
UN ABORTO SEGÚN LOS ADOLESCENTES
INSTITUCIÓN EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS
V.M.T DICIEMBRE 2008

ACTITUDES	ADOLESCENTES	
	Nº	%
ACEPTACIÓN	71	43.03
INDIFERENTE	75	45.45
RECHAZO	19	11.52
TOTAL	165	100.00

ANEXO (A9)
ACTITUDES HACIA LAS GESTANTES QUE TOMAN
DECISIONES PARA REALIZAR UN ABORTO INDUCIDO
SEGÚN LOS ADOLESCENTES INSTITUCIÓN
EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS
V.M.T DICIEMBRE 2008

ACTITUDES	ADOLESCENTES	
	Nº	%
ACEPTACIÓN	62	37.57
INDIFERENTE	81	49.10
RECHAZO	22	13.33
TOTAL	165	100.00

ANEXO (A10)
ACTITUDES HACIA LA PENALIZACIÓN DEL ABORTO INDUCIDO
SEGÚN LOS ADOLESCENTES INSTITUCIÓN EDUCATIVA MICAELA
BASTIDAS V.M.T DICIEMBRE 2008

PENALIZACIÓN DEL ABORTO INDUCIDO	ADOLESCENTES	
	Nº	%
ACEPTACIÓN	27	16.36
INDIFERENTE	107	64.85
RECHAZO	31	18.79
TOTAL	165	100.00

ANEXO (A11)
ACTITUDES HACIA LA LEGALIZACIÓN DEL ABORTO
INDUCIDO PARA EVITAR LAS COMPLICACIONES
POSTABORTO SEGÚN LOS ADOLESCENTES
INSTITUCIÓN EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS
V.M.T DICIEMBRE 2008

ACTITUDES	ADOLESCENTES	
	Nº	%
ACEPTACIÓN	37	22.42
INDIFERENTE	81	49.10
RECHAZO	47	28.48
TOTAL	165	100.00

ANEXO (A12)
ACTITUDES HACIA LA APLICACIÓN DE SANCIONES PARA
LAS ADOLESCENTES Y PERSONAL DE SALUD QUE
REALIZAN ABORTOS SEGÚN LOS ADOLESCENTES
INSTITUCIÓN EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS
V.M.T DICIEMBRE 2008

ACTITUDES	ADOLESCENTES	
	Nº	%
ACEPTACIÓN	62	37.57
INDIFERENTE	82	49.70
RECHAZO	21	12.73
TOTAL	165	100.00

ANEXO (A13)

**ACTITUDES HACIA LA LEGALIZACIÓN DEL ABORTO
INDUCIDO EN EL PERÚ SEGÚN LOS ADOLESCENTES
INSTITUCIÓN EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS
V.M.T DICIEMBRE 2008**

ACTITUDES	ADOLESCENTES	
	Nº	%
ACEPTACIÓN	19	11.51
INDIFERENTE	81	49.10
RECHAZO	65	39.39
TOTAL	165	100.00

ANEXO (A14)

**ACTITUDES HACIA LA PROMOCIÓN DE ACTIVIDADES
PARA PREVENIR LOS EMBARAZOS NO DESEADOS
SEGUN LOS ADOLESCENTES INSTITUCIÓN
EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS
V.M.T DICIEMBRE 2008**

PROMOCIÓN DE ACTIVIDADES PARA PREVENIR LOS EMBARAZOS NO DESEADOS	ADOLESCENTES	
	Nº	%
ACEPTACIÓN	88	53.33
INDIFERENTE	66	40.00
RECHAZO	11	6.67
TOTAL	165	100.00

ANEXO (A15)

**ACTITUDES HACIA LA PROMOCIÓN DE ABORTOS
SEGUROS EN EL SECTOR SALUD SEGUN LOS
ADOLESCENTES I. E. MICAELA BASTIDAS
V.M.T DICIEMBRE 2008**

ACTITUDES	ADOLESCENTES	
	Nº	%
ACEPTACIÓN	35	21.21
INDIFERENTE	69	41.82
RECHAZO	61	36.97
TOTAL	165	100.00

ANEXO (A16)

**ACTITUDES HACIA EL ABORTO INDUCIDO POR CAUSAS
FETALES SEGUN LOS ADOLESCENTES INSTITUCIÓN
EDUCATIVA MICAELA BASTIDAS
V.M.T DICIEMBRE 2008**

ACTITUDES	ADOLESCENTES	
	Nº	%
ACEPTACIÓN	44	26.67
INDIFERENTE	91	55.15
RECHAZO	30	18.18
TOTAL	165	100.00

ANEXO (A17)
ACTITUDES HACIA EL ABORTO INDUCIDO PARA
CONTINUAR CON LOS ESTUDIOS SEGUN LOS
ADOLESCENTES I.E. MICHAELA BASTIDAS
V.M.T DICIEMBRE 2008

ACTITUDES	ADOLESCENTES	
	Nº	%
ACEPTACIÓN	21	12.72
INDIFERENTE	85	51.52
RECHAZO	59	35.76
TOTAL	165	100.00